Génération ENDOC

endocrinologie • diabétologie • nutrition

numéro 01
Juillet 2023

PARTAGEONS NOS QUOTIDIENS

Comment je vis… Mon internat EDN : Retour d'expérience
Comment j'exerce… La thyroïdologie en libéral

LES STAGES D'INTERNES EN LIBÉRAL

Regards croisés
Du projet à l'accueil de l'interne

LES MISES AU POINT

Consensus nodules thyroïdiens
Les recommandations HAS de l'obésité de l'adulte

FENAREDIAM
Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie Diabétologie et Métabolisme

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE - NUTRITION
ANIDEN
Association Nationale des Internes de Diabétologie, Endocrinologie & Nutrition

Lilly | DIABETE

UN ÉLAN VERS L'AVENIR

avec des solutions à chaque étape du diabète pour vos patients.

2020*

ANALOGUES DE L'INSULINE RAPIDE[1]

LYUMJEV®
(insuline lispro)

Lyumjev® est indiquée dans le traitement du diabète chez les adultes.[1]
Liste II. Spécialité remboursée à 65% par la Sécurité Sociale Agrée aux collectivités.

2016*

ANALOGUES DU GLP1[2]

trulicity®
dulaglutide 1 injection par semaine

Trulicity® est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique : en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète. Pour les résultats des études concernant les associations, les effets sur le contrôle glycémique et les événements cardiovasculaires, ainsi que sur les populations étudiées, voir les rubriques 4.4, 4.5 et 5.1 du résumé des caractéristiques du produit.[2]
Liste I. Trulicity® 0,75mg, 1,5mg, 3mg, et 4,5mg sont remboursés (taux de 65 %) en bithérapie avec la metformine, en trithérapie avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ainsi qu'en trithérapie avec la metformine et l'insuline.

2016*

ANALOGUES DE L'INSULINE LENTE[3]

abasaglar®
insuline glargine
100 unités/ml

Abasaglar® : Traitement du diabète sucré de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant à partir de 2 ans.[3]
Liste II. Spécialité remboursée à 65% par la Sécurité Sociale. Agrée aux collectivités.

1996*

ANALOGUES DE L'INSULINE RAPIDE[4]

Humalog® 100 unités/ml
insuline lispro

Humalog® 100 unités/mL : Traitement des adultes et des enfants atteints de diabète nécessitant un traitement par insuline pour maintenir un équilibre glycémique normal. Humalog® est également indiqué pour la stabilisation initiale du diabète.[4]
Liste II. Spécialité remboursée à 65% par la Sécurité Sociale. Agrée aux collectivités.

Avant de prescrire, consultez les places dans la stratégie thérapeutique des produits disponibles sur **www. has-sante.fr**

Pour une information complète sur nos produits dans le diabète, consultez les mentions légales en flashant les QR codes ou en consultant la base de données publique des médicaments (http://base-donnees-publique.medicament.gouv.fr).

Mentions légales Lyumjev® | Mentions légales Trulicity® | Mentions légales Abasaglar® | Mentions légales Humalog®

*Année de commercialisation en France. (1) Résumé des Caractéristiques du Produit Lyumjev®. (2) Résumé des Caractéristiques du Produit Trulicity®. (3) Résumé des Caractéristiques du Produit Abasaglar®. (4) Résumé des Caractéristiques du Produit Humalog®.

PP-LD-FR-1698 - 22/10/63787647/PM/005/F01 - Février 2023
© Lilly – Tous droits de reproduction réservés.

Lilly France 24 boulevard Vital Bouhot
CS 50004 - 92521 Neuilly sur Seine Cedex
Courriel : informationmedicale@lilly.com
Site web : www.lillymedical.fr
S.A.S. au capital de 375 713 701 €
609 849 153 R.C.S. Nanterre

ÉDITORIAL

Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Endocrinologue
Paris
Présidente de la FENAREDIAM

Maurine ALLARD
Interne d'endocrinologie-diabétologie-nutrition
Université Rennes 1 - CHU Rennes
Présidente de l'ANIDEN

Chers Amis,

Nous sommes très heureux de vous présenter le premier numéro du magazine GénérationS Endoc à destination des endocrinologues de ville et des internes d'EDN, mais pas que !

En cette ère d'hyper-communication, de réseaux sociaux à tout va, de déferlantes de courriels, prenons un peu de temps pour échanger d'une génération à l'autre. Le soin, au cœur de nos priorités, est ce qui nous caractérise tous. L'endocrinologie est une spécialité connue pour la complexité des maladies qu'on y rencontre, elle est également devenue « hyper » technologique avec l'arrivée des systèmes de capteurs de glucose en continu, des pompes connectées et systèmes de télésurveillance. Sans compter le nombre croissant de collègues formés à l'échographie thyroïdienne. Mais l'humain reste toujours central, et tout le monde saura reconnaître nos qualités en éducation thérapeutique.

Ce magazine se veut concret, pratique, destiné à tous : des dernières recommandations publiées par nos sociétés savantes, au résumé des grandes présentations des congrès, en passant par vos retours d'expérience, notre objectif reste le partage. Il ne s'agit pas non plus de cacher les difficultés auxquelles nous sommes confrontés, et je vous invite à lire notre lettre ouverte où nous revendiquons surtout le droit d'exercer notre expertise auprès de tous les patients.

Nous lançons un appel auprès de tous : *chacun d'entre vous a la possibilité de s'exprimer sur ce format, GénérationS Endoc est ouvert à vos propositions.*

Cher(e)s internes,

Depuis plusieurs mois, l'ANIDEN travaille en partenariat avec la FENAREDIAM pour vous concocter un magazine que vous allez adorer : GénérationS Endoc.

À défaut de toutes et tous pouvoir découvrir via des stages le secteur libéral durant notre internat, nous avons eu à cœur d'unir nos voix avec celles et ceux qui font l'EDN de ville au quotidien.

Nous souhaitons vous laisser la parole et nous raconter ce qui construit votre internat aujourd'hui : retour d'expériences dans des services hospitaliers atypiques ou dans des stages en libéral, mini quiz et cas clinique, vos coups de cœur et vos coups de gueule, le livre ne cherche qu'à être écrit ! En échange, vous recevrez les témoignages et l'expertise des médecins libéraux, les sujets chauds de chaque congrès, les dernières actualités technologiques et les dernières recommandations.

Alors si vous souhaitez faire entendre votre voix, n'attendez plus et ***contactez-nous !!***

Boehringer Ingelheim est partenaire de DiabetoWise développé par sêmeia

DiabetoWise

Soutenir les médecins généralistes dans l'optimisation de la prise en charge des **patients atteints de diabète de type 2** en se basant sur la prise de position de la **Société Francophone du Diabète** parue en 2021

Projet pilote s'articulant autour de 2 piliers :

1 Mise à disposition d'un outil d'optimisation de la prise en charge entre médecins généralistes et diabétologues

➜ **Avis médical sur la prise en charge via**

- Suivi des patients par la télésurveillance
- Accompagnement à la prise en charge
- Télé expertise en cas de besoin

L'ensemble sera coordonné par des infirmières

2 Evaluation de l'outil sur l'impact de la prise en charge

➜ **Étude pilote de 1 an**

- 7 à 8 patients DT2 avec IC et/ou MRC et/ou MCVA et une HbA1c ≥ 7 %
- 1 fiche d'inclusion et de fin d'étude à remplir
- 1 compte-rendu tous les 3 mois pour tous vos patients inclus

L'ensemble sera rémunéré

Comité scientifique

Diabétologues

Pr Bruno GUERCI
chairman
Nancy

Pr Patrice DARMON
co-chairman
Marseille

Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Paris

Pr Lyse BORDIER
St Mandé

Pr Michael JOUBERT
Caen

Pr Kamel MOHAMMEDI
Bordeaux

Dr Laurent MEYER
Strasbourg

Dr Louis POTIER
Paris

Médecins généralistes

Dr Jean-Yves LEGOFF
St Brieuc

Dr Gilles PETIT
La Souterraine

Néphrologue

Pr Jean Michel HALIMI
Tours

Cardiologue

Pr Victor ABOYANS
Limoges

Si vous pensez qu'un accompagnement dans cette prise en charge pourrait vous être utile, **devenez investigateur de l'étude pendant 1 an**

DiabetoWise est une initiative française soutenue par **Boehringer Ingelheim**, la **Société Francophone du Diabète** et la **Confédération des Syndicats Médicaux Français**

Participez à un projet innovant d'accompagnement de vos patients !

Scannez-moi pour vous enregistrer

Boehringer Ingelheim

22-0873 - 12/2022 - Boehringer Ingelheim France SAS

GUARDIANS FOR HEALTH

Sommaire

07 **MOT DES RÉDACTEURS**
Thomas DEMANGEAT & Dr Edouard GHANASSIA

10 **CAS CLINIQUES**
Cas clinique diabète – pompe insuline
Cas Clinique surrénale
Cas clinique obésité + diabète
Miruna MUCILEANU

17 **ENDOC 2.0**
PulseLife : le « Google » des professionnels de santé

18 **COMMENT J'EXERCE...**
La thyroïdologie en libéral
Dr Hervé MONPEYSSEN, Dr Pauline JUTTET & Dr Edouard GHANASSIA

24 **COMMENT JE VIS MON INTERNAT**
Retour d'expérience

26 **LES MISES AU POINT DE L'ACTUALITÉ**
Obésité ! Que deviens-tu ?
Thomas DEMANGEAT, relu par le Pr Antoine AVIGNON
La conférence de consensus de 2022 conjointe SFE-AFCE-SFMN sur la prise en charge des nodules thyroïdiens : regards croisés
Dr Julie SARFATI & Dr Hervé MONPEYSSEN

35 **RETOUR DE CONGRÈS**
Retour sur les JFN 2022
Thomas DEMANGEAT
Retour sur les premières Journées de l'EDN Libérale
Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Retour du congrès de la SFD 2023
Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL

40 **ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES**
La parole au SEDMEN... Mais c'est quoi ce SEDMEN ?!!!
Dr Nathalie GERVAISE
Les negociations conventionnelles 2023 vues par une militante
Dr Claude COLAS

42 **STAGES D'INTERNES EN LIBÉRAL**
Les stages d'interne en liberal : D'ou venons-nous ?
Dr Edouard GHANASSIA
Regards croisés du stage en libéral de l'interne spécialisé en Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition
Dr Laurent MEYER, Dr Sylvie BOULLU-SANCHIS, Dr Luc RAKOTOARISOA & Dr Clémentine DILLMANN
Faire une demande d'accueil des docteurs juniors : Mode d'emploi
Dr Annie CLAVIER
Et qu'en pensent les internes ? Est-ce vraiment leur souhait ?
Maurine ALLARD

51 **LA PAROLE À...**
La parole à la FENAREDIAM
La parole à l'ANIDEN

54 **AGENDA**
Congrès & Formations à venir

57 **LES ANNONCES DE RECRUTEMENT**

FENAREDIAM

Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie Diabétologie et Métabolisme
https://fenarediam.fr

ANIDEN

Association Nationale des Internes de Diabétologie, Endocrinologie & Nutrition
http://aniden.fr

Rédacteurs en chef
Dr Edouard GHANASSIA
Thomas DEMANGEAT

Régie publicitaire
Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page
We Atipik - www.weatipik.com

ISSN : En cours

Fabrication et impression en UE.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

endocrinologie • diabétologie • nutrition

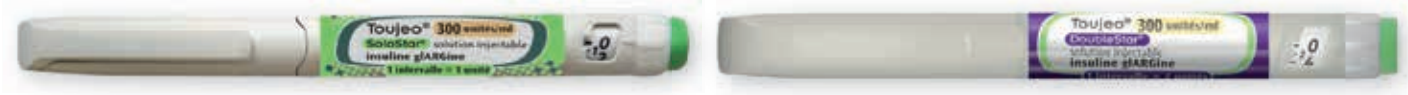
Toujeo® : à vos côtés dans l'insulinothérapie

insuline glargine 300U/mL

- **Stabilité** grâce à son profil PK/PD plus plat et une couverture au-delà de 24h en 1 injection/jour vs insuline glargine 100 U/mL.[a,b,1]
- **Flexibilité** d'horaire d'administration : ± 3h par rapport à l'horaire habituel d'injection.[1]
- **Adaptabilité** selon les besoins de vos patients avec un choix de stylos préremplis : TOUJEO® SoloStar® et TOUJEO® DoubleStar®.[c,1]

  TOUJEO® DoubleStar® est recommandé pour le traitement des patients nécessitant au moins 20 unités par jour.[1]

Aidez vos patients à trouver le bon équilibre



TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ DE L'ADULTE, DE L'ADOLESCENT ET DE L'ENFANT À PARTIR DE 6 ANS NECESSITANT UN TRAITEMENT PAR L'INSULINE.[1]

Concernant la stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique, veuillez consulter les recommandations de la HAS[2] et de l'avis de CT[3] de TOUJEO® en date du 10 Juin 2020.

La spécialité TOUJEO® fait l'objet d'un plan de gestion de risque pour réduire le risque d'erreur médicamenteuse lors de la transition entre 2 insulines basales de concentrations différentes, l'une d'elles étant la spécialité TOUJEO® ou lors d'un changement de stylo entre TOUJEO® SoloStar® et TOUJEO® DoubleStar®. Avant de prescrire, veuillez consulter le guide à destination des professionnels de santé élaboré à cet égard et remettre à vos patients le guide qui leur est destiné disponible sur le site www.ansm.sante.fr.

Chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant à partir de 6 ans : Médicament sur prescription médicale. Liste II. Remb. Sec. Soc. : 65 % – Agréé aux collectivités.

PK : pharmacocinétique ; **PD** : pharmacodynamique

[a] Chez des patients atteints d'un diabète de type 1 dans une étude de clamp euglycémique de 36 heures à l'état d'équilibre, étude croisée chez 18 patients.
[b] L'insuline glargine 100U/mL et TOUJEO® ne sont pas bioéquivalents et ne sont donc pas directement interchangeables.
[c] Lors du passage de TOUJEO® SoloStar® à TOUJEO® DoubleStar®, si la dose précédente du patient était un nombre impair (par exemple 23 unités), la dose doit être augmentée ou diminuée d'une unité (par exemple 24 ou 22 unités).

1. Résumé des caractéristiques produit de TOUJEO®. 2. HAS/ANSM. Recommandations de bonne pratique. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013. 3. Avis de la Commission de Transparence du 10 Juin 2020.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR code :

ou directement sur le site internet: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

7000040519E - 03/2023 - 23/01/68378405/PM/002

sanofi

Toujeo®
insulin glargine 300U/mL

MOT DES RÉDACTEURS

Thomas DEMANGEAT
Interne EDN, Rouen

Dr Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue, Echographiste - Sète, Paris

Chers membres de la grande famille de l'endocrinologie, de la diabétologie et de la nutrition,

Nous sommes extrêmement heureux et fiers de vous présenter le tout premier numéro d'une longue série à venir de ce nouveau magazine dédié à notre spécialité. L'objectif principal de cette revue est de permettre à toutes les générations qui composent notre belle communauté, des internes aux médecins libéraux, sans oublier les hospitaliers, de se rassembler et de partager leurs connaissances et points de vue.

Tout est parti du souhait de la FENAREDIAM d'un côté et de l'ANIDEN de l'autre de disposer d'un vecteur de communication, à l'instar d'autres spécialités. L'objectif était alors (et est toujours) de créer un lien synergique entre les internes et les libéraux, qu'ils se nourrissent de leurs dynamiques respectives. Dans cet esprit d'interdépendance, nous souhaitons aider les juniors à accéder au libéral, de le connaître, de savoir ce qu'on y fait, d'en découvrir la variété d'exercice et de les accompagner dans leurs premiers remplacements. Nous souhaitons aussi aider les libéraux à accéder aux juniors : comme remplaçants, comme internes en stages, comme futurs collaborateur et associés, et les aider à transmettre leur savoir-faire.

Puis, au fil des rencontres, nous avons réalisé que nos deux mondes ne se connaissaient pas, ou alors de très loin alors que nous avons non seulement à apprendre les uns des autres mais surtout **nous avons constaté que jamais nous n'avions autant partagé cette envie de rapprochement et que, finalement, rien n'est jamais vraiment dû au hasard.**

Notre communauté a plus que jamais besoin de se parler, de communiquer. N'est-ce pas du gâchis d'être aussi nombreux à pratiquer ce métier que

nous aimons et ne pas avoir la possibilité d'être en relation les uns avec les autres et de créer une synergie inédite ? Oui, inédite car, il faut le souligner, **un tel magazine n'a pas d'égal en France ou dans d'autres pays.** Il traduit l'esprit qui anime les élus de nos deux associations : un esprit d'interdépendance, d'ouverture, de collaboration bienveillante et une volonté de contribuer autant à l'excellence et au rayonnement de notre spécialité **qu'au bien-être de tous les soignants qui la pratiquent.**

Comme vous pourrez le constater en parcourant ses pages, GenerationS Endoc couvre une vaste gamme de sujets qui touchent tous les aspects de l'EDN. Nous accordons une attention particulière **aux témoignages inspirants** qui mettent en valeur les réussites et les défis auxquels nous sommes confrontés dans notre pratique.

De plus, nous proposons des articles de mise au point approfondies qui traitent des dernières actualités scientifiques et médicales, des quizz interactifs pour tester vos connaissances, ainsi que des sections dédiées aux dates importantes de formation, aux offres d'emploi et de remplacement, pour faciliter les opportunités professionnelles au sein de notre communauté.

Ce magazine est véritablement le vôtre et restera votre outil privilégié pour rester informés, connectés et engagés dans notre domaine en constante évolution.
Nous encourageons vivement vos contributions, suggestions et idées de sujets et de thèmes à aborder. Votre voix est essentielle pour façonner l'avenir de cette revue et pour garantir qu'elle demeure fidèle à sa mission : être un lien étroit avec vous et entre vous, nos lecteurs et acteurs clés de notre spécialité.

N'hésitez donc pas à nous faire parvenir vos idées à l'adresse e-mail generationsendoc@gmail.com. De plus, nous sommes toujours à la recherche de nouveaux rédacteurs, que vous ayez une plume experte ou simplement l'envie de participer. Rejoignez-nous et contribuez à faire de ce magazine un espace d'échange et de partage dynamique.

Nous espérons sincèrement que ce premier numéro suscitera votre enthousiasme et répondra à vos attentes. Nous vous demandons aussi une charitable indulgence. Notre duo s'est lancé dans ses premières armes de rédac'chef et nos ambitions ont été mises à l'épreuve du temps et de nos agendas respectifs. Mais nous tenons à remercier tous les contributeurs de ce premier numéro et espérons qu'ils nous considèrent toujours avec bienveillance malgré nos harcèlements incessants. Nous tenons aussi à partager avec nos lecteurs le plaisir que nous avons eu à travailler l'un avec l'autre, Thomas et Edouard, 2 générations, 2 visions de l'EDN synergiques, une belle amitié scellée par ces longues soirées de travail en visio et cette belle séance présentielle sur la place de la Comédie, joyau de Montpellier.

Nous souhaitons à « GénérationS endoc » une longue vie, avec une activité aussi intense qu'une thyroïde en pleine action, un avenir aussi prometteur que les avancées des pompes à insuline et une croissance aussi significative qu'un enfant en pleine diversification alimentaire !

Votre voix est essentielle pour façonner l'avenir de cette revue et pour garantir qu'elle demeure fidèle à sa mission : être un lien étroit avec vous et entre vous...

À toutes et tous, nous souhaitons une lecture agréable et enrichissante qui contribuera peut-être à nous rapprocher, à vous donner envie de vous exprimer ou, tout simplement à vous faire passer un bon moment au milieu de votre journée de travail (et, conseil de Thomas, nutritionniste passionné : n'oubliez pas de vous alimenter et vous hydrater cependant !!).

Amicalement,
Thomas Demangeat
& Edouard Ghanassia

PARTAGEZ VOS IDÉES DE SUJETS ET REJOIGNEZ NOTRE ÉQUIPE !!

APPEL À CONTRIBUTIONS

Chers tous, endocrinologues du présent et du futur

En tant que spécialistes EDN, vous êtes les acteurs essentiels de notre revue. C'est votre expérience, vos idées et votre envie de les partager qui la rendront dynamique et pertinente.

Ainsi, nous serions ravis que vous puissiez contribuer aux prochains numéros de votre revue. Votre expertise et vos connaissances sont essentielles pour offrir et façonner un contenu de qualité et au plus proche de vous !

Nous vous encourageons à soumettre des propositions de sujets sur lesquels vous aimeriez écrire ou sur lesquels vous aimeriez lire des articles : un billet d'humeur, un coup de cœur, un coup de gueule, une nouvelle approche thérapeutique, une revue de la littérature sur un sujet émergent, une réflexion sur les enjeux éthiques dans le domaine de l'endocrinologie, un témoignage ou toute autre idée qui vous passionne, nous sommes ouverts à vos suggestions. Si vous souhaitez faire connaître vos travaux, votre thèse, votre mémoire, vous êtes à la bonne adresse !!

Nous valorisons également les retours sur des congrès, des formations ou des événements scientifiques auxquels vous avez récemment participé. Partagez vos impressions, les moments forts, les nouvelles recherches et les découvertes qui vous ont marqués lors de ces événements. Dans un esprit de partage, cela permettra de diffuser les connaissances et les avancées les plus récentes auprès de nos lecteurs.

AINSI, NOUS AVONS LE PLAISIR D'ANNONCER DÈS LE PROCHAIN NUMÉRO LA CREATION D'UNE BOURSE "FENAREDIAM-GÉNÉRATIONS ENDOC". LE PRINCIPE EST GAGNANT-GAGNANT, NOUS INVITONS SUR CHAQUE GRAND CONGRÈS 2 INTERNES QUI SERONT CHARGÉS, EN CONTREPARTIE, DE NOUS RAPPORTER LES SÉANCES AUXQUELLES ILS AURONT ASSISTÉ ET DE RÉDIGER UN CAS CLINIQUE POUR LA REVUE. N'HÉSITEZ PAS À VOUS PORTER CANDIDAT !

De plus, si vous êtes intéressé à rejoindre notre équipe de rédaction en tant que contributeur régulier, nous vous accueillons chaleureusement. Nous sommes toujours à la recherche d'internes et de libéraux motivés pour enrichir notre revue et apporter de nouvelles perspectives.

Nous avons hâte de recevoir vos idées de sujets, vos contributions et de vous accueillir au sein de notre équipe de rédaction sur notre adresse de contact *generationsendoc@gmail.com*

Ensemble, faisons vivre cette revue et donnons à notre communauté médicale un accès privilégié à des contenus de qualité, inspirants et pertinents.

Merci pour votre engagement et votre participation !

L'équipe de rédaction de GénérationS endoc

Je vous propose 3 cas cliniques

De patients que j'ai eu l'occasion de voir pendant mon stage au CH du Forez, Montbrison, sous la coordination de Dr Nathanaelle MONTANIER et du Dr luc MILLOT

Miruna MUCILEANU
Interne EDN, 2ème année

Cas clinique diabète – pompe insuline

Cas n° 01

Vous accueillez en hospitalisation M. D, 73 ans, diabétique de type 1 depuis 53 ans, sous pompe à insuline depuis 40 ans et compliqué d'une rétinopathie sévère photocoagulée et d'une neuro-vessie. Il a par ailleurs comme principaux antécédents : HTA, Syndrome d'apnée obstructif du sommeil appareillé, Cataracte bilatérale, Glaucome, Notion de pleurésie tuberculeuse.

Il est autonome, mais il vit en EHPAD depuis le décès de son épouse.

Il pratique l'insulinothérapie fonctionnelle et est traité par pompe à insuline Medtronic 640 G.

- **Débit de base : 0h-7h 0.55 u/h ; 7h -12h 0.55 u/h ; 12h-16h : 0.675 u/h ; 16h-19h : 0.55 u/h, 19h-23h : 0.675 ; 23h-00h : 0.55 u/h.**
- **Ratio de glucides : 1 u pour 16 g le matin, 1 u pour 26 g le midi et 1 u pour 30 g le soir.**
- **Sensibilité : 1 u pour diminuer la glycémie de 0.5g/L.**

L'hémoglobine glyquée est à 8,2 %. Il présente deux hypoglycémies par jour, loin des repas, aussi bien la journée que la nuit, bien ressenties, bien corrigées.

Les données du capteur sont : TIR à 61 %, pourcentage d'hypoglycémies à 12 %, pourcentage d'hyperglycémie à 24 % avec 3 % au-delà de 2,5 g/l sur les 30 derniers jours.

Il a fait de nombreux passages aux urgences pour des hypoglycémies sévères nécessitant l'injection de glucagon (3 à 4 par an).

1. *Quel est votre avis sur l'équilibre de son diabète ?*

A. Vu son âge et la durée du diabète l'équilibre de ce patient est perfectible, il a un objectif d'HbA1c à 8 %.

B. Son diabète est déséquilibré et l'HbA1c est probablement faussée par de nombreuses hypoglycémies.

C. La problématique principale de ce patient est celle des hypoglycémies.

D. La problématique principale de ce patient est celle des hyperglycémies.

2. *Sur le bilan de routine réalisé à l'entrée vous retrouvez une natrémie à 134 mmol/L avec une Kaliémie et Chlorémie normales. La glycémie est à 1,25 g/l. Sur le DYNAMAP, il existe une hypotension orthostatique significative. Comment complétez-vous le bilan dans ce contexte ?*

A. Un bilan entrée-sortie.

B. Un dosage de cortisol salivaire à 00h.

C. Un dosage de cortisol plasmatique à 8h.

D. Vous contrôlez une nouvelle fois l'ionogramme sanguin.

3. *Le cortisol plasmatique à 8h revient à 412 nmol/l et l'ionogramme revient normal cette fois-ci. En ce qui concerne l'hypotension orthostatique, il s'agit probablement d'une neuropathie végétative chez ce patient diabétique depuis 53 ans. Par ailleurs, suite à plusieurs discussions avec le patient et devant ses nombreuses hypoglycémies et en tenant compte qu'il pratique l'insulinothérapie fonctionnelle, vous décidez de lui changer la pompe à insuline et de coupler la nouvelle pompe avec un capteur pour le mettre en système arrêt avant hypoglycémie puis en système boucle fermée. Concernant le système de boucle fermée :*

A. Le système de boucle fermée est actuellement remboursé chez tous les patients diabétiques de type 1 ne remplissant pas les objectifs glycémiques malgré une insulinothérapie intensive.

B. Un patient ne connaissant pas l'insulinothérapie fonctionnelle pourrait bénéficier d'un système de boucle fermée.

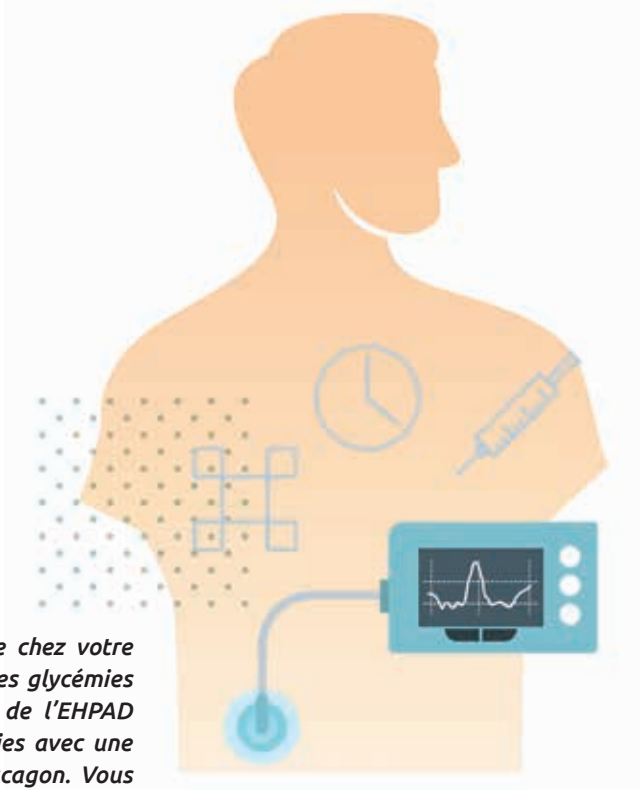
C. Les paramètres à rentrer dans une pompe à insuline Medtronic en amont de la boucle fermée sont : les ratios des glucides à chaque repas, la sensibilité, la durée d'insuline active.

D. Le système de boucle fermée ne protège pas de l'hypoglycémie postprandiale.

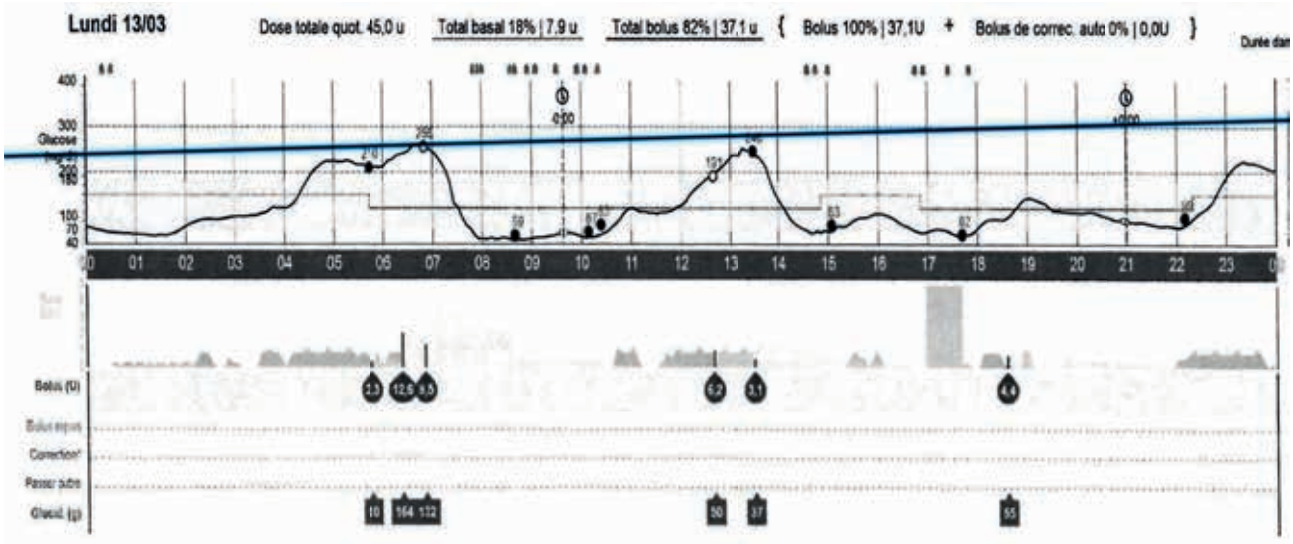
E. Les ratios des glucides et la sensibilité relèvent d'une prescription médicale et sont obligatoirement notées sur l'ordonnance de sortie.

F. Le principe de cette boucle fermée est d'atteindre un objectif glycémique grâce à une adaptation permanente de débit basal en fonction de la glycémie interstitielle délivrée par un capteur de manière continue.

G. Le système peut délivrer des bolus de correction quand la glycémie n'atteint pas l'objectif, mais après avoir augmenté le débit de base au maximum accepté par l'algorithme.



4. ***Vous décidez de démarrer le système de boucle fermée chez votre patient. Deux mois plus tard, alors que jusqu'à présent les glycémies de votre patient étaient dans la cible, les infirmières de l'EHPAD vous appellent car M. D. a refait plusieurs hypoglycémies avec une hypoglycémie sévère nécessitant l'administration du glucagon. Vous regardez ses courbes glycémiques. Voici un exemple.***



Concernant les bolus du matin :

A. Le patient s'est trompé dans le calcul des glucides.

B. Le patient a déclaré des faux glucides pour corriger son état d'hyperglycémie.

C. Le patient a mangé et a déclaré ses glucides après.

D. En absence de prise alimentaire, il faudra rechercher une cause sous-jacente pour l'augmentation de la glycémie.

5. ***Finalement il s'avère que le patient a déclaré des fausses prises de glucides, car il était en hyperglycémie et il voulait se corriger. Quelle est la prise en charge d'une hyperglycémie sous pompe à insuline afin d'éviter une acidocétose ?***

A. Une hyperglycémie au-delà de 2,5 g/l pendant une durée de plus de 3 heures chez un patient sous pompe à insuline nécessite la recherche d'acétonémie.

B. Il faut rechercher une cause à cette hyperglycémie : une erreur dans le comptage des glucides, une infection active, un problème de cathéter ou de pod, une prise de médicaments (corticoïdes) et la corriger.

C. Un repas gras pourrait être responsable d'une hyperglycémie prolongée après le repas et nécessite l'augmentation de dose totale d'insuline de 10 à 20 % pour le repas en cause.

D. En présence d'acétone, on peut faire un bolus de correction avec la pompe.

E. En présence d'acétone, on doit absolument changer le cathéter et faire un bolus de correction au stylo.

Cas n° 02

Cas Clinique surrénale

M. D. 79 ans est adressé aux urgences par son médecin traitant dans un contexte d'altération de l'état général et la présence d'une hypokaliémie sévère sur une prise de sang réalisée en ville (2,3 mmol/l).

Il a comme principaux antécédents : un diabète non insulino-requérant depuis 3 ans traité par Dapagliflozine et Metformine, une HTA, une dyslipidémie, une hernie hiatale, un SAS non appareillé et une PUC interne genou droit, un tabagisme sevré à 15 PA sans consommation d'alcool ou d'autres toxiques.

Son traitement comporte : Hydrochlorothiazide/Losartan 50/12,5 mg ; Metformine 500 mg ; Forxiga 10 mg ; Pravastatine 20 mg. Il a consulté son MT il y a 15 jours pour décompensation de diabète associé à une asthénie importante, une prise de poids d'environ 6 à 8 kilos sur les 6 derniers mois, des crampes musculaires et des œdèmes des MI sans autre signe d'insuffisance cardiaque.

Aux urgences le bilan réalisé retrouve une hypokaliémie à 2.3mmol/l, une natrémie à 145mmol/l, et une glycémie à 2g/l. Sur l'ECG il existe quelques extrasystoles ventriculaires associées à une bradycardie parfois inférieure à 50 bpm/min, M. D. est alors transféré en réanimation pour hypokaliémie sévère.

1. *De prime abord et à la vue de sa biologie :*

A. Il s'agit d'une simple décompensation de diabète et une recherche d'acétonémie aurait dû être faite. Une gazométrie est essentielle afin de rechercher une acidocétose.
B. Un diabète déséquilibré ne peut pas expliquer seul la clinique.
C. Un Test à la Dexaméthasone serait intéressant dans cette situation.
D. Un dosage de cortisol à 8h serait intéressant dans cette situation.

2. *En réanimation un test de freinage minute à la Dexamethasone est réalisé, retrouvé à 2000 ng/ml avec un CLU à 8000 µg/24 heures (avec créatininurie dans les normes).*

A. Ce résultat est compatible avec une maladie de Cushing.
B. Ce résultat est compatible avec un syndrome de Cushing.
C. Un syndrome de Cushing paranéoplasique pourrait être évoqué vu la gravité du tableau.
D. Un dosage d'ACTH devrait être fait.

3. *Les réanimateurs réalisent un scanner corps entier et ils retrouvent une lésion pulmonaire droite d'allure néoplasique d'environ 3 cm sans extension locorégionale ni à distance ainsi qu'une hyperplasie bilatérale des surrénales. D'après vous quel serait le diagnostic le plus probable et que ferez-vous comme imagerie complémentaire ?*

A. Un hyperaldostéronisme sur hyperplasie des surrénales.
B. Un syndrome de Cushing paranéoplasique.
C. Une maladie de Cushing.
D. Vous réalisez un PET scanner.
E. Vous réalisez un PET 68-Ga-DOTATOC.

4. *Vous vous orientez vers un syndrome de Cushing d'origine paranéoplasique devant une fixation de l'image pulmonaire au PET 68-Ga-DOTATOC. Quel traitement aurait votre faveur en première intention pour contrôler l'hypercortisolisme devant ce tableau ?*

A. Un traitement par Mitotane.
B. Un traitement par Ketoconazole.
C. Un traitement par Osilodrostat.
D. Une chirurgie en urgence de type lobectomie.

5. *Vous vous orientez vers un traitement par Osilodrostat, un inhibiteur puissant de l'enzyme 11-bêta-hydroxylase.*

A. Le risque principal avec ce traitement est une insuffisance surrénalienne aiguë, il faut donc très souvent associer un traitement par de l'hydrocortisone.
B. Il existe un risque d'hyperkaliémie.
C. Un traitement prophylactique antithrombotique est nécessaire car ce patient a un risque élevé de thrombose.
D. Un traitement par Trimethoprime/Sulfamethoxazole doit être débuté.

Cas n° 03

Cas clinique obésité + diabète

Vous recevez en hospitalisation une patiente de 56 ans pour un bilan d'obésité suite à une consultation avec le chirurgien de votre hôpital.

Elle a comme principaux antécédents :
Sur le plan chirurgical : Thyroïdectomie, Ligature des trompes, Endartériectomie, Coloscopie en 2007 et 2019.
Sur le plan médical : Comitialité dans l'enfance puis épilepsie éthylique en 2006, syndrome anxio-dépressif avec plusieurs TS médicamenteuses graves (coma en septembre 2015), cardiopathie hypertensive, anévrysmes rénaux, hernie discale, TVP avec embolie pulmonaire en post-partum, BPCO post-tabagique et asthme, exogénose sevrée depuis 2008, SAOS appareillé, diabète de type 2 sous ADO depuis moins d'un an.

Elle pèse 104 kg pour 1m54 soit un IMC à 41 kg/m², son poids actuel est son poids maximal. Elle vous signale quelques douleurs abdominales depuis 3 jours, ce qui la gêne. Elle souhaite perdre du poids pour se sentir mieux dans son corps, pour sa santé mais aussi pour faciliter les actes de sa vie quotidienne.

Son traitement habituel comprend : Perindopril Arginine 10mg/Indapamide 2,5mg ; Rilmenidine 1 mg ; Celiprolol 200 mg ; Lercanidipine 10 mg ; Vildagliptine/Metformine 50/1000 mg ; Gliclazide 60 mg ; Paroxetine 20 mg ; Bromazepam 6 mg ; Mianserine 60 mg et Tercian.

1. *D'après cette observation :*

A. Il s'agit d'une obésité de grade II et en tenant compte des complications nous pourrions proposer une chirurgie bariatrique à cette patiente.
B. Il s'agit d'une obésité de grade III donc même en l'absence de complications nous pourrions lui proposer une chirurgie bariatrique d'emblée.
C. Chez les patients diabétiques présentant un diabète déséquilibré une chirurgie bariatrique peut être proposée si l'IMC est supérieur à 30.
D. La Mianserine n'est peut être pas le traitement le plus adapté pour cette patiente.

2. *Que prescrivez-vous comme bilan dans votre service ?*

A. Un bilan biologique avec HbA1c, IGF1, vitamine C B1 B6 B9 B12, fer, ferritine, leptine, bilan hépatique, bilan lipidique, albumine, préalbumine, microalbuminurie sur échantillon.
B. Une échographie hépatique.
C. Un test de freination minute à la Dexaméthasone à la recherche d'une étiologie secondaire.
D. Une enquête alimentaire.

Voici une partie de son bilan biologique : Cholestérol total : 3,39 g/l ; HDL : 0,39 g/l ; LDL : 1,19 g/l ; triglycérides : 12 g/l , glycémie à jeun : 3,03 g/l, HbA1c : 10,5 %, ionogramme NFP sans particularités.

3. *Comment l'interprétez-vous et que faites-vous par la suite ?*

A. Le traitement du diabète étant optimisé au maximum la patiente devra bénéficier très rapidement d'une chirurgie bariatrique afin d'améliorer son poids ainsi que son diabète.
B. Un traitement par analogue de GLP1 doit être prescrit immédiatement chez cette patiente.
C. Une demande de lipase en urgence s'avère nécessaire.
D. La mise sous insuline n'est pas une option dans l'immédiat.

4. *La lipase revient dans les normes. Il n'y a pas d'insuffisance rénale. Le bilan hépatique retrouve une cytolyse hépatique modérée, l'échographie hépatique retrouve une stéatose hépatique. La patiente est maintenant asymptomatique, la manœuvre de Murphy est négative et la bilirubine est dans les normes. Elle ne consomme plus d'alcool actuellement et le résultat de l'enquête alimentaire vous oriente vers une alimentation hypercalorique sans excès de matières grasses avec quelques grignotages sucrées dans la journée. Pour quelle prise en charge optez-vous ?*

A. Mise sous insuline lente, suspension de l'inhibiteur de DPP4 et ajout d'un analogue de GLP1.
B. Réalisation des scores FIB-4 et NAFLD-score.
C. Une statine ainsi qu'un traitement par fibrate s'avèrent nécessaires.
D. Une surveillance du bilan lipidique rapprochée ainsi qu'une alimentation adéquate pour le contexte devraient être mises en place.

5. *Finalement vous décidez de suspendre le traitement par Eucreas et de démarrer un traitement par un schéma insulinique basal-bolus plus un analogue de GLP 1. De manière collégiale, il est décidé de ne pas poursuivre l'idée de la chirurgie bariatrique. Si vous aviez opté pour une chirurgie bariatrique pour cette patiente quels examens complémentaires auraient eu un intérêt ?*

A. Une gastroscopie.
B. Une consultation auprès d'un psychiatre.
C. Un fond de l'œil.
D. Une échographie hépatique.

RÉPONSES

Réponses cas clinique diabète – pompe insuline

1 B, C 2 A, C, D 3 A, D, E, F, G 4 B, D 5 A, B, C, E

1

- **A.** Faux car pas de comorbidités pour fixer un objectif HbA1c à 8 %.
- **B.** Vrai, pourcentage d'hypoglycémies au-delà de 4 %.
- **C.** Vrai, le nombre d'hypoglycémies est beaucoup trop important et probablement responsable de manière indirecte des hyperglycémies dues à des resucrages excessifs.
- **D.** Faux.

2

- **A.** Vrai.
- **B.** Faux. Absence d'arguments clinico-biologiques pour une hypersécrétion de cortisol.
- **C.** Vrai. Pour rappel ce patient est DT1 donc il peut présenter d'autres maladies auto-immunes comme une maladie d'Addison à rechercher devant ces hypoglycémies à répétition.
- **D.** Vrai.

3

- **A.** Vrai.
- **B.** Faux. Il est nécessaire que le patient puisse estimer la quantité de glucides présente dans son assiette, c'est d'ailleurs la seule donnée à rentrer dans la pompe à chaque repas.
- **C.** Faux, petit piège, la sensibilité s'adaptera tout le temps grâce à l'algorithme donc en boucle fermée elle ne sera pas prise en compte.
- **D.** Vrai, Malgré le système arrêt avant hypoglycémie et d'où l'intérêt de bien maîtriser l'IF.
- **E.** Vrai. À ne pas oublier.
- **F.** Vrai.
- **G.** Vrai, des micro bolus de correction afin d'atteindre l'objectif décidé par le médecin (100 ou 110 ou 120 mg /dl).

4

- **A.** Faux.
- **B.** Vrai. Vu qu'il a déclaré plusieurs fois des quantités énormes de glucides et que la montée glycémique a commencé vers 3h le patient ne s'est probablement pas trompé mais a déclaré des fausses quantités de glucides afin de corriger son état d'hyperglycémie.
- **C.** Faux
- **D.** Vrai. Dogme toujours vrai.

5

- **A.** Vrai.
- **B.** Vrai, toujours rechercher une cause et la corriger.
- **C.** Vrai, un repas gras augmente l'insulino-résistance donc il faudra augmenter la dose d'insuline entre 10 et 20 % pour le repas en cause.
- **D.** Faux, si acétonémie présente à la bandelette, il existe une indication de changer de cathéter / pod et faire des bolus au stylo.
- **E.** Vrai.

Réponses cas clinique surrénale

1 B, C 2 A, B, C, D 3 B, D, E 4 C 5 A, B, C, D

1

A. Faux. Le tableau clinico-biologique n'est pas en faveur d'une décompensation de diabète et un patient DT2 souvent ne cétose pas. Il faut cependant garder à l'esprit la possibilité d'acidocétose induites par la Dapagliflozine.
B. Vrai.
C. Vrai. La recherche d'une cause à cette hypokaliémie est essentielle, l'hypercortisolisme en est une étiologie et est à rechercher devant des signes cliniques évocateurs.
D. Faux. Utile seulement pour rechercher une insuffisance surrénalienne, ce qui n'est pas à évoquer devant ce tableau.

2

A. B. C. D. Vrai. Ici il existe 2 tests de première intention en faveur d'un hypercortisolisme. Afin de documenter l'étiologie (syndrome ou maladie de Cushing), un dosage d'ACTH au niveau plasmatique s'impose.

3

A. Faux, l'hyperplasie des surrénales est ici secondaire à une sécrétion probablement ectopique d'ACTH.
B. Vrai. La présence d'un hypercortisolisme clinico-biologique et d'une masse suspecte pulmonaire au scanner évoquent un syndrome de Cushing paranéoplasique. L'intensité de l'hypercortisolisme est également un élément orientant vers ce diagnostic, souvent "explosif".
C. Faux.
D. Vrai.
E. Vrai. Pet Scanner et Dotatoc font partie du bilan d'extension.

4

C. Ici il a été privilégié un traitement par OSILODROSTAT pour permettre un contrôle plus rapide et efficace de l'hypercortisolisme intense, l'OSILODROSTAT ayant un délai d'action rapide et étant un inhibiteur puissant de la stéroïdogenèse. De plus, il est dénué de moins d'effets indésirables que la METOPIRONE ou le KETOCONAZOLE, mais attention à réaliser un ECG auparavant car si le QT est allongé, alors le traitement est contre-indiqué.
La chirurgie est réalisée dans un deuxième temps une fois que l'hypercortisolisme est contrôlé.

5

A. Vrai, Souvent lors d'un Syndrome de Cushing paranéoplasique les posologies d'osilodrostat sont très importantes et une insuffisance surrénalienne peut apparaitre rapidement donc il faut surveiller de manière très étroite le patient (clinique et biologique). La technique de Block and replace permet de protéger contre ce risque et est donc fréquemment adoptée par certaines équipes, très souvent en s'aidant de la cortisolémie qui est mesurée de manière régulière pour suivre l'efficacité du traitement.
B. Vrai. Par diminution de la cortisolémie. Attention : Cependant il est parfois observé dans certaines situations des hypokaliémies persistantes voire s'aggravant de manière transitoire, pouvant être en lien avec une accumulation des précurseurs de la stéroïdogenèse en amont du blocage par l'OSILODROSTAT. Ceci est rare mais possible, il faut donc garder en tête qu'une surveillance étroite de la kaliémie s'impose.
C. Vrai, le risque d'enveniment thrombotique est très important et il persiste plusieurs mois après la chirurgie d'une tumeur secrétant de l'ACTH.
D. Vrai, afin de prévenir la pneumocystose. Ne jamais omettre l'introduction de ce traitement.

Réponses cas clinique obésité + diabète

1 D 2 B, D 3 C 4 A, B, D 5 A, B, C, D

1

- **A.** Faux. Obésité de grade 3 ici car IMC supérieur à 40.
- **B.** Faux. Attention il faut éliminer un TCA type hyperphagie boulimique ou NED auparavant, car il peut bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle adaptée.
- **C.** Faux. Une chirurgie peut être proposée en cas de comorbidités fortement impactantes et un IMC > 35.
- **D.** Vrai. La Mianserine est un traitement très souvent responsable d'une prise de poids. Ainsi il faut favoriser d'autres traitements antidépresseurs avec un impact moindre sur la prise de poids.

2

- **A.** Faux. Les dosages vitaminiques et en micronutriments ne sont fait que sur point d'appel clinique. Le bilan lipidique, le bilan hépatique et la glycémie à jeun sont par contre des éléments à mesurer de manière systématique en cas d'obésité.
- **B.** Vrai. Obligatoire devant toute obésité à la recherche d'une stéatose hépatique. En cas de normalité un contrôle doit être fait entre 3 et 5 ans.
- **C.** Faux. Cet examen n'est à réaliser qu'en cas d'orientation clinique vers un hypercortisolisme, et ne fait pas partie du bilan systématique de l'obésité.
- **D.** Vrai. Elle est indispensable à réaliser, à l'aide d'un ou d'une diététicienne. Le médecin aussi devra s'atteler à rechercher un trouble du comportement alimentaire sous-jacent (à l'aide du score SCOFF-F par exemple).

3

- **A.** Faux. Le traitement n'est pas "poussé à son maximum". En effet l'insulinothérapie n'a pas encore été essayée chez cette patiente qui, devant cette HbA1c, en nécessiterait.
- **B.** Faux. Devant une hypertriglycéridémie importante pouvant favoriser les pancréatites avec douleurs abdominales, les antécédents d'éthylisme chronique pouvant être à l'origine de pancréatites chroniques, on doit éliminer une pancréatite avant toute introduction d'analogue de la GLP1.
- **C.** Vrai. Douleurs abdominales + Hypertriglycéridémie = lipase en urgence.
- **D.** Faux. Bien évidemment il faut prendre en charge cette décompensation diabétique avec HbA1c supérieure à 10 %. Seule une insulinothérapie permettra en complément des autres thérapeutiques d'améliorer correctement l'équilibre du diabète.

4

- **A.** Vrai. La mise en place d'une insulinothérapie lente permettra d'équilibrer le diabète, la mise en place d'un analogue du GLP1 après arrêt de l'inhibiteur de DPP4 permettra quant à lui une action à la fois sur la prise alimentaire (et donc in fine sur le poids), ainsi que sur la protection cardio-vasculaire chez cette patiente à risque.
- **B.** Vrai. Obligatoire devant une stéatose hépatique échographique à la recherche d'une fibrose hépatique. En cas de scores positifs, réaliser une élastométrie s'imposera.
- **C.** Faux. On associe très rarement ces 2 traitements. Ici, la gestion de l'hypertriglycéridémie passe dans un premier temps par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques et un équilibre du diabète avec un contrôle plasmatique des triglycérides. Une statine chez cette patiente dont les objectifs de LDL cholestérol (diabète de type 2 + comorbidités cardio-vasculaires) ne sont pas atteints s'avère nécessaire à introduire.
- **D.** Vrai. Régime hypolipidique et hypoglucidique.

5

- **A.** Vrai. La FOGD s'avère intéressante à la recherche d'une infection à Helicobacter Pylori, en particulier en cas de chirurgie excluant l'estomac.
- **B.** Vrai. Obligatoire devant toute programmation de chirurgie bariatrique.
- **C.** Vrai. La chirurgie chez cette patiente diabétique va permettre d'améliorer l'équilibre glycémique, ce qui peut favoriser l'aggravation de lésions rétiniennes existantes.
- **D.** Vrai. Intérêt afin de permettre le suivi de la stéatose souvent améliorée après chirurgie bariatrique.

PulseLife : le « Google » des professionnels de santé

Dans leur pratique quotidienne, 69 % des professionnels de santé souhaitent obtenir des réponses plus fiables à leurs questions. 95 % des médecins généralistes utilisent Google (ou un outil similaire) et 64 % n'en sont pas satisfaits. Enfin, 80 % pensent que la technologie peut faciliter leur pratique de la médecine (*Baromètres PulseLife avril 2022 et mars 2023*).

C'est pour apporter une solution concrète à ces enjeux que PulseLife a été imaginé. Disponible gratuitement sur mobile, tablette et ordinateur, PulseLife est un véritable assistant digital sur-mesure, conçu pour améliorer le quotidien des praticiens. Fruit d'une longue R&D, d'échanges continus avec les acteurs de la santé, partenaires scientifiques et académiques, PulseLife est doté d'une intelligence artificielle capable de répondre instantanément à toutes les questions médicales des soignants. Près de 600 000 soignants l'utilise déjà.

Concrètement, PulseLife dispose d'un moteur de recherche médical fiable qui centralise en temps réel les données scientifiques mondiales et analyse le comportement et centres d'intérêts de l'utilisateur. En comprenant l'intention de recherche, il fournit ainsi des réponses personnalisées. Dernières avancées scientifiques d'une maladie, posologie d'un médicament, stratégie thérapeutique… le moteur rassemble des centaines de sources de référence (ANSM, HAS, sociétés savantes).

PulseLife est aussi l'outil idéal pour effectuer sa veille scientifique et rester à jour des dernières évolutions médicales. Actualisé en temps réel et sourcé auprès de plus de 3000 journaux de référence, le fil de contenu est personnalisé et configurable.

Enfin, PulseLife propose un écosystème de plus de 70 applications cliniques exclusives, co-développées avec des sociétés savantes et partenaires scientifiques, pour accompagner les soignants dans les consultations.

PulseLife

En endocrinologie, par exemple, l'application « Les indispensables en diabétologie », destinée aux médecins généralistes ainsi qu'aux jeunes internes de diabétologie, fournit une palette d'outils pratiques pour aider à la prescription des traitements, au dépistage des complications du diabète et du diabète gestationnel, au choix d'une contraception chez les patientes diabétiques.

Ces outils sont conçus pour être intuitifs et faciles d'utilisation.

Bientôt, des arbres de décision interactifs seront également disponibles sur PulseLife. Il suffira au praticien de renseigner les critères du patient pour obtenir la conduite à tenir dans le cadre d'un diagnostic de diabète, sa prise en charge et le suivi de son traitement. Ces arbres ont été réalisé avec l'ANIDEN, selon les dernières recommandations de la SFD.

« L'IA conçue par nos équipes et embarquée dans PulseLife aide considérablement les soignants. Ils gagnent beaucoup de temps, bénéficient d'une veille pointue et ultra personnalisée et peuvent se reposer en toute confiance sur les réponses de notre moteur de recherche. C'est un vrai élément de réassurance dans un quotidien souvent très chargé. » explique Grégoire Pigné, fondateur de Pulse Life et oncologue-radiologue à Lyon.

LES VIDÉOS DE LA FENAREDIAM

Chers Amis,
Chacun le sait, les perturbateurs endocriniens constituent une menace pour notre santé et celle des générations futures. Néanmoins, même si nous sommes les spécialistes du système hormonal, il n'est pas toujours aisé d'aborder en consultation cette problématique auprès des patients alors que les enjeux sont essentiels et que beaucoup attendent de nous des réponses. Afin de mieux vous aider à parler des PE avec vos patients, la Fenarediam a créé de courtes vidéos dans le but de vous donner des conseils pratiques : Qu'est-ce que les PE ? Quels impacts des PE sur l'immunité ? Comment vulgariser l'information pour les enfants ? Quels conseils donner aux femmes enceintes ? Quels sont leurs effets métaboliques ? sur la puberté? la reproduction ? Quels sont leurs effets sur le thyroïde ? et sur la surrénale et l'hypophyse ? Réponses par des experts de terrain.

Mais c'est quoi les PE ?
https://youtu.be/GuKhkb_JGQ8

PE et périnatalité
https://youtu.be/vls1n8iGIr0

Comment parler des PE aux enfants ?
https://youtu.be/nVD9rD2SfR0

La thyroïdologie en libéral

L'effet levier mutuel de la pratique clinique et de l'échographie

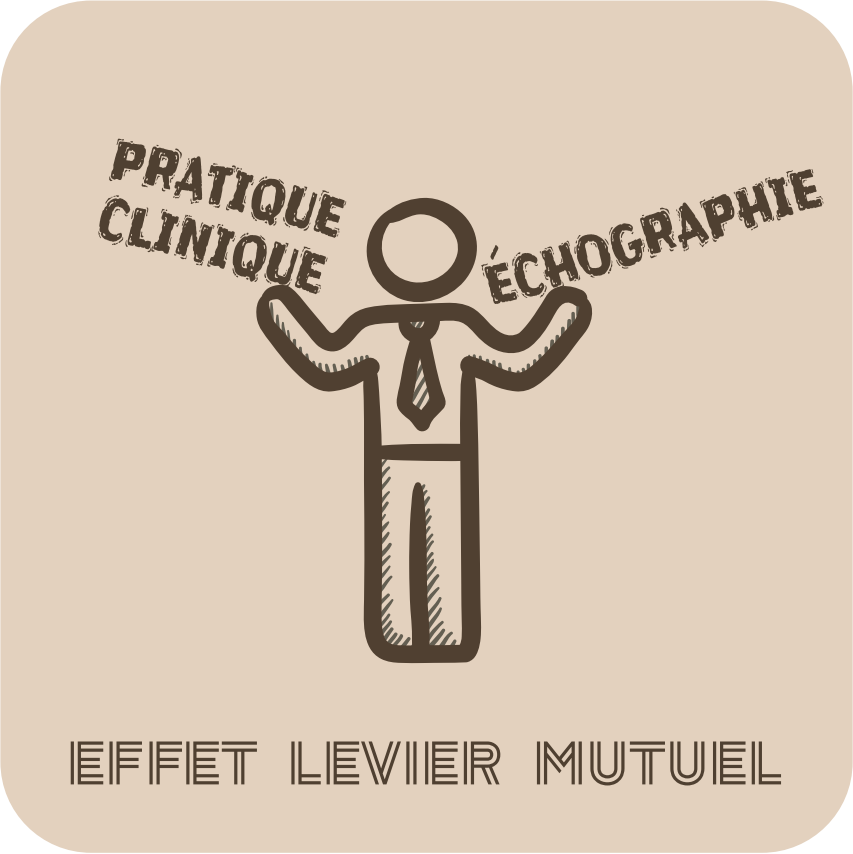
Dr Hervé MONPEYSSEN
Institut de la Thyroïde
1 Avenue de Lowendal
75007 Paris
Hm.thyroide@gmail.com

Je suis endocrinologue depuis 43 ans. Au contact de collègues cliniciens-imageurs en gynécologie et rhumatologie, j'ai été impressionné par « l'effet levier mutuel » de la pratique clinique et de l'échographie, et j'ai décidé de l'appliquer à ma discipline en me focalisant sur une glande : la thyroïde.

J'ai été diplômé en échographie en 1997, et en 2004, j'ai fusionné les deux expertises, devenant le premier thyroïdologue déclaré avec un exercice exclusif au service de la thyroïde (et des parathyroïdes). Pour ce faire, j'ai dû clore ma pratique dans les autres volets de la spécialité en particulier la diabétologie (où j'avais à mon actif quelques autres « premières » : j'ai été le premier libéral français à poser et gérer une pompe à insuline dans un centre privé, salarier une diététicienne…). La thyroïdologie est une surspécialité, un nouveau métier.

Mes domaines de prédilection sont le cancer thyroïdien, les dysthyroïdies (principalement la maladie de Basedow), l'adénome parathyroïdien, les techniques d'alcoolisation, les techniques échographiques avancées.

À partir de 2013, après plusieurs séjours de formation en Italie, en Corée et en Allemagne, j'ai introduit et développé en France les quatre techniques de thermo-ablation appliquées à la thyroïde (Laser, Echothérapie HIFU, Radiofréquence et Micro-ondes). De nombreux ablateurs français sont passés en formation chez moi.



J'ai passé 10 ans à l'hôpital Américain. Ma patientèle Versaillaise m'avait suivi, et pendant cette période j'ai conçu et développé l'**Unité Thyroïde**, réunissant des collègues intéressés par le sujet et volontiers passionnés. À mon départ fin 2021, j'ai estimé que le travail n'était pas terminé et j'ai imaginé

l'Institut de la thyroïde. Le concept est la synthèse de tout ce que 20 ans de pratique de la thyroïdologie m'ont inspiré. Deux de mes collaborateurs, Pauline et Edouard, m'ont suivi.

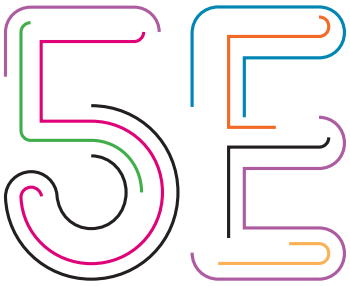
L'Institut de la Thyroïde a pour mission d'améliorer la prise en charge des patients en simplifiant les procédures, et en allégeant autant que faire se peut les contraintes diagnostiques et thérapeutiques qui leurs sont imposées.

Nous y pratiquons la thyroïdologie exclusive, alliant l'acte clinique associé à l'échographie, les techniques de ponction et l'interventionnel : alcoolisation et thermoablation (actuellement hors site).

Nous avons la volonté de prendre en charge le patient et pas seulement sa maladie, dans le strict respect des recommandations émanant des Sociétés Savantes, sans occulter les techniques novatrices.

NE PAS TRANSMETTRE, C'EST TRAHIR

Nos valeurs reposent sur les



Expertise
Ecoute
Explications
Empathie
Efficacité

Il faut ajouter le concept d'unité de lieu : La patient doit ressentir notre volonté d'une prise en charge cohérente et globale sur un seul site (sauf bien sûr la médecine nucléaire et la chirurgie).

Dans le même temps, je continue à assurer ma seconde passion : transmettre car « **NE PAS TRANSMETTRE, C'EST TRAHIR** ».

Transmettre des connaissances, un savoir-faire et des valeurs par le biais de communications professionnelles nationales et internationales, de conférences, d'organisation de congrès (Trois sessions de « *Frontiers in Thyroïdology* » et en participant à plusieurs études académique).

C'est aussi enseigner aux plus jeunes pour développer leur appétit de savoir dans notre discipline (Je suis toujours actif dans le service de Radiologie de l'Hôpital Necker).

C'est accueillir des collègues pendant les consultations et les actes.

C'est sortir de son cabinet, de sa ville, de son pays pour apporter les connaissances à ceux qui en ont besoin et n'y ont pas accès. Je pense bien sûr à l'Afrique, très demandeuse de savoir et pleine de grands talents.

C'est aller sénioriser un collègue qui maîtrise une technique et se lance dans sa première procédure.

La médecine est un art dont l'entité éducative est le COMPAGNONNAGE.

Enfin je me consacre à la recherche et aux publications.

Même si ce domaine est l'une des « chasses gardées » du monde Universitaire, les gens du privé peuvent et doivent s'intéresser à ce volet certes chronophage, mais passionnant, qui fait beaucoup évoluer la façon de penser, qui renforce la rigueur, qui met en contact avec d'autres équipes, pr la biais des publications.

Ceci impose d'avoir un œil critique et constructif sur les publications des collègues. Je suis relecteur dans le domaine de la thyroïdologie pour plusieurs revues nationales et internationales à fort « *impact factor* ». J'ai participé à plusieurs recommandations et conférences de consensus.

Bienvenue dans le monde des « *accros* » de la thyroïde.

La thyroïdologie en libéral

Nous avions même réussi à perdre notre échographe

Dr Pauline JUTTET
Endocrinologue, Médipôle, Villeurbanne

Je suis endocrinologue depuis 2015 et je pratique ma spécialité en thyroïdologie dans le milieu libéral depuis 2017 à Lyon.

J'ai eu la chance d'être recrutée en 2017 pour l'ouverture d'un nouvel établissement hospitalier dans la région lyonnaise, rassemblant plusieurs structures hospitalières mutualistes (dont je faisais partie) et privées déjà existantes : la clinique Médipôle Lyon Villeurbanne.

Le challenge était de taille, les enjeux importants et le parcours semé d'embûches. Nous sommes clairement partis d'une feuille blanche avec la difficulté de créer un service de pointe à partir de rien, de marier les différents cursus de métier venant de milieux hospitaliers différents et d'avoir une vision moderne et stimulante de notre belle spécialité.

Je me souviens encore du 7 janvier 2019, le jour de notre emménagement, les bureaux étaient vides nous n'avions même pas de poubelles et nous avions même réussi à perdre notre échographe. Ce vieil Applio 500 TOSHIBA de 2015 que j'avais piqué à notre ancien service de radiologie avait fini perdu au fin fond d'une salle de soin inoccupée du futur service de pédiatrie…

Une seule certitude à ce moment-là : je savais que je voulais faire de ma passion une réalité au quotidien, ouvrir un service dédié à la thyroïde où le patient est pris en charge de A à Z ; du diagnostic au traitement interventionnel en passant par un accompagnement bienveillant et individualisé.

Fortement inspirée par Hervé Monpeyssen, j'ai mis en place avec l'aide d'une direction très "soutenante", un véritable service technique dédié à la thyroïde.

Aujourd'hui nous sommes fiers de posséder 3 échographes multi sonde, des plateaux techniques permettant de réaliser en consultation des cytoponctions de nodule, des micro biopsies, des évacuations de kystes, et des alcoolisations.

Par ailleurs, j'ai pu mettre en place l'utilisation de la Radiofréquence (RF) pour le traitement des nodules thyroïdiens depuis maintenant près de 18 mois dans notre centre, avec le soutien et l'aide précieuse d'Édouard Ghanassia et Hervé Monpeyssen.

Je me souviendrais toujours de ma toute première procédure en radiofréquence, du stress intense que cela avait engendré lié à la peur de la complication… Lorsqu'Edouard est venu sénioriser cette première procédure, sa femme, Stella, m'a offert une peluche qui n'a jamais quitté mon bureau depuis, mon porte bonheur, mon grigri qui me permet de me dire « *Allez, il n'y a pas de raison !! Cette nouvelle procédure va bien se passer !!* »…

Car on peut se le dire : une endocrino au bloc ce n'est pas vraiment monnaie courante… notre formation de spécialité ne se prête pas vraiment à l'acquisition des gestes techniques…

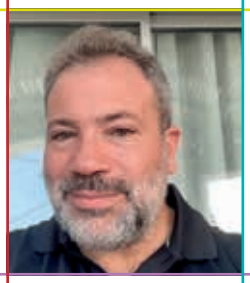
Les gestes techniques pour ma part, ç'a toujours été mon truc bizarrement. Je m'étais déjà pas mal impliquée durant mon internat dans les remplissages et rinçages de pompe intra péritonéale d'insuline, technique aujourd'hui malheureusement en déclin.

Ce gros travail et l'énergie mise dans ce projet ambitieux ne sont pas restés sans récompense. Les retours sont très positifs de la part des patients que nous traitons et accompagnons au quotidien et nous donnent envie d'aller encore plus loin dans la prise en charge moderne de la thyroïdologie.

Car à mes yeux rien n'a plus d'importance que la satisfaction du patient qui se sent vraiment écouté et pris en charge pour sa pathologie thyroïdienne.

La thyroïdologie en libéral

Exercer la thyroïdologie en libéral…



Dr Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue, échographiste
Sète, Paris
drghanassia@gmail.com

À l'image d'une réplique du film culte, Rabbi Jacob, à la question « comment ça se passe la thyroïdologie en libéral ? », je répondrais : « ça se passe très bien !!».

Pour asseoir mon propos, je vais déjà évoquer le chemin qui m'y a mené : interne en endocrinologie, mais touche-à-tout en médecine, aimant l'aspect thérapeutique proactif et faire les choses de mes propres mains, c'est lors d'un stage en SSR de diabétologie que Mme Pastor, radiologue bienveillante venant faire les échographies thyroïdiennes une fois par semaine, m'a proposé de l'accompagner une matinée. Bien entendu, comme tout le monde, je me suis demandé comment comprendre quelque chose à ces paysages lunaires monochromes parfois égayés de rouge et de bleu. Mais l'idée m'avait plu et mes collègues radiologues à qui j'en parlais m'ont tous encouragé à passer le DIU.

Je me suis donc retrouvé, en fin d'internat, à la faculté de médecine des Saints-Pères, enseigné par des maîtres, que je pensais tous radiologues, m'estimant heureux, petit endocrinologue se sentant à peine légitime, de bénéficier de ces enseignements et du droit de prendre la sonde en main.

C'est là que j'ai entendu parler pour la première fois de thyroïdologie par Hervé Monpeyssen qui deviendra plus tard, un père spirituel, un Obi-Wan Kenobi (et mon témoin de mariage soit dit en passant). Il a débuté son cours sur l'échographie de la maladie de Basedow en se définissant thyroïdologue, ce qui, en 2007, signifiait endocrinologue-échographiste-ponctionneur. Puis il nous a montré pendant une heure des choses dont je n'avais jamais entendu parler.

J'ai donc acheté mon premier échographe, me suis entraîné le week-end avant mon premier jour d'installation, à maltraiter un pauvre morceau de viande dans lequel se trouvait une olive pour bien réaliser mes cytoponction et me suis lancé dans l'aventure.

Comment définir la thyroïdologie ?

On peut déjà la séparer en ses différentes composantes. Un thyroïdologue est un endocrinologue formé sur 3 niveaux de compétence :

- À l'échographie cervicale d'expertise.
- Aux gestes interventionnels diagnostiques que sont la cytoponction et la microbiopsie avec les dosages de PTH, thyroglobuline et calcitonine in situ.
- Aux gestes interventionnels thérapeutiques que sont l'évacuation, l'alcoolisation, et la la thermoablation des nodules thyroïdiens.

Pour autant, ce n'est pas qu'une histoire de technique : dans le domaine de l'hypothyroïdie, tout ce que la formation en diabétologie apporte à un endocrinologue est utile sur l'état d'esprit des maladies chroniques, même si celle-ci ne comporte ni injection, ni auto-surveillance, ni hypoglycémie dramatique. Elle n'en reste pas moins une maladie chronique dont il faut bien maîtriser les codes et l'alliance thérapeutique pour obtenir des résultats. Dans la même veine, elle oblige également à adopter un esprit interniste devant des plaintes qu'il faut parfois décorréler d'un bilan thyroïdien perturbé. Ceci fait partie des compétences de tout endocrinologue mais le nombre de patient dont le biais de recrutement me fait bénéficier a clairement joué sur ma courbe d'apprentissage dans ces situations.

Mais, ce que cette fabuleuse aventure de médecine m'a appris en 16 ans, c'est que, en réalité, la synergie de l'abord clinique et de l'abord technique représente bien plus que la somme de ces deux parties. Hervé Monpeyssen parle d'effet levier. Cette échographie pratiquée en cours de consultation dont elle est partie intégrante, me permet ainsi d'en corréler en temps réel les données avec les informations cliniques, biologique, scintigraphiques ou cytologiques dont je dispose, autant de composantes de ce que j'appelle le diagnostic thyroïdologique complet, diagnostic qui, il faut l'avouer, est encore parfois négligé au prétexte que l'anapath post-opératoire va de toute façon en livrer la clé.

De plus, pratiquer l'échographie de cette façon m'a permis de développer une « intuition échographique » comme il existe une intuition clinique : en effet, il y a les descriptions échographiques qui figurent dans tous les cours et dans tous les précis et il y a les observations que seule l'expérience au quotidien, le recul et surtout la formation clinique d'endocrinologue permettent de faire comme des glandes salivaires d'aspect inflammatoire qui vous font poser la question du symptôme que la patiente n'avait pas rapporté spontanément : à savoir une sécheresse buccale, et qui mène au diagnostic de Gougerot, comorbidité auto-immune peu étonnante dans un contexte de thyroïdite auto-immune.
Et quel gain de temps nettement apprécié par les patients et par les correspondants de disposer d'une unité de lieu et de temps, évitant des prises de rendez-vous et des déplacements multiples à l'heure où les agendas des médecins explosent. Ainsi, devant une TSH effondrée, quel plaisir de pouvoir d'emblée réaliser une échographie-Doppler qui donnera une idée, dans la plupart du temps, du mécanisme et permettra, en un temps, de faire un ajustement thérapeutique. Quel plaisir de ne jamais douter des résultats de la ponction ou de la microbiopsie, pour lesquelles nous nous imposons nos propres critères qualité. Quel plaisir de varier sa pratique et de passer de raisonnements intellectuels ou d'épisodes d'alliance thérapeutique intenses mais parfois éprouvants à des gestes techniques sollicitant d'autres groupes de neurones.

La thyroïdologie, c'est aussi une fabuleuse aventure thérapeutique

Quand j'ai passé le DIU d'échographie en 2007, les premières publications sur le Laser venaient d'être publiées par les équipes italiennes. Petit interne, je me suis pris à rêver d'une prise en charge complète de mes patients du diagnostic au traitement. Lorsqu'Hervé Monpeyssen a réalisé sa première procédure en 2013, je m'étais fait la promesse de faire la mienne dans l'année qui suivrait... ce qui fut le cas. Je pratique maintenant avec bonheur la thermoablation et ses 3 techniques grâce aux encouragements des chirurgiens et au côté visionnaire du directeur de la clinique où j'exerce qui y a cru depuis le début. Retourner au bloc opératoire 12 ans après la fin de son externat, être considéré comme l'un des leurs par ses collègues chirurgiens, essuyer ses premières complications sévères… mais surtout voir dans le regard de ses patients cette reconnaissance de leur avoir « sauvé leur thyroïde »… c'est une fabuleuse aventure que je souhaite à tous mes collègues, jeunes ou moins jeunes. C'est le plaisir de pouvoir donner le choix à ses patients entre plusieurs alternatives. C'est le plaisir du compagnonnage et de transmettre... parfois à ses propres maîtres (Pierre-Yves Marcy) ou amis (Pauline, Eric, Guillaume).

La thyroïdologie est aussi une fabuleuse aventure humaine de partage et de transmission

Dès le début de ma formation, j'ai toujours admiré la culture endocrinologique extraordinaire de mes maîtres radiologues que sont jean Tramalloni, Pierre-Yves Marcy ou Gilles Russ. J'ai senti comme une obligation morale de viser le même niveau de culture radiologique et d'aller au-delà des simples images que me donnait mon échographe. Je me suis intéressé à d'autres échographies, aux mécanismes de formation d'image, j'ai été accueilli dans le monde des radiologues qui me font l'honneur de me confier des cours pour partager mon expertise depuis 10 ans lors de leur congrès, avec autant de bienveillance (si ce n'est plus) que dans le monde de l'endocrinologie. J'exprime aussi toute ma gratitude à Laurence Leenhardt qui m'a fait également l'honneur de me confier des enseignements au DIU en 2012.

> La thyroïdologie fait ainsi de l'interdisciplinarité une réalité concrète que je vis avec bonheur au quotidien.

Dans l'esprit de partage et de bienveillance qui nous animait, soucieux que la formation continue des thyroïdologues se fasse à la hauteur de l'expertise qu'impose la thyroïdologie, nous avons eu l'idée, avec Hervé Monpeyssen, de mettre sur pied une demi-journée de formation continue en 2012. Ce jour-là, nous étions six (dont 3 participants) à créer ce qui allait devenir les Ateliers Thyroïde de Sète qui ont rassemblé, 11 ans plus tard, 150 personnes autour de grands experts (universitaires, libéraux, endocrinologues, radiologues, cytologistes) tous liés par cette même passion de transmettre et de partager. **Nous avons pu, toujours dans le même esprit, fonder, avec un groupe de passionné, l'Association Francophone de Thyroïdologie (AFTHY) dont vous entendrez parler dans les années qui viennent.**
La thyroïdologie fait ainsi de l'interdisciplinarité une réalité concrète que je vis avec bonheur au quotidien.

Alors pourquoi si peu de thyroïdologues en France ?

Il y a plusieurs raisons à cela pour lesquelles j'ai fait mienne cette lutte et qui m'a fait côtoyer le monde du syndicalisme et les arcanes des négociations conventionnelles :

- **L'échographie ne fait partie du cursus standard de l'endocrinologue** comme l'est l'échographie cardiaque chez les cardiologues ou l'échographie obstétricale chez les gynécologues. Beaucoup d'internes ne se sentent donc pas « légitimes » à la pratiquer.
- **Dans certaines villes, certains radiologues mettent un véto de principe** (mais ne sont pas plus performants pour autant dans ce domaine) et découragent ainsi les internes.
- **L'acte d'échographie n'est pas facturable en libéral associé à l'acte clinique, ce qui est une singularité française**. Cela oblige à pratiquer des dépassements et les jeunes installés pensent – à tort – que cela est un obstacle à la rentabilité de l'acquisition d'un échographe de qualité.

Récemment, pourtant, quelque chose a bougé...

Même si les dernières négociations conventionnelles n'ont pas abouti à une signature et même si la proposition de majorer de 15 euros le tarif de l'échographie (rendant l'association acte clinique+échographie à un tarif de 5 euros moindre qu'une consultation sans échographie… sans commentaire)… il y a quand même eu une proposition de « couplage » des facturations et, donc, un changement de paradigme. **Je l'évoque en conclusion car il s'agit clairement d'un des principaux obstacles au développement de la thyroïdologie en France et je tenais, à travers ce témoignage, à le faire savoir à tous mes collègues internes, hospitaliers et libéraux car tous sont concernés.**

Au esprits chagrins qui, en me lisant, voudraient me dire que la situation est la même dans tous les autres pays, **je répondrai que c'est totalement faux** (pour ne citer qu'eux : nos collègues italiens, suisses, marocains sont équipés d'échographes dans leurs cabinets) et je citerai Robert Levine, thyroïdologue américain qui écrivait en préface de son ouvrage d'échographie : *« En 1998, quand l'AACE – association des endocrinologues américains – a commencé à enseigner l'échographie aux endocrinologues, la présence d'un échographe dans un cabinet d'endocrinologie laissait sceptique. 20 ans plus tard, il devient exceptionnel de trouver des endocrinologues qui ne pratiquent pas l'échographie ou la cytoponction qui leur sont devenus des actes routiniers ».*

Puissent nos trois témoignages vous donner envie de pratiquer la thyroïdologie et de contribuer à son développement, assurant du même coup un pan important de l'avenir de notre belle discipline, l'endocrinologie.

Retour d'expérience

Comment je vis mon internat à Caen

L'une des choses sur laquelle il est important d'insister dans ce type de témoignage est sans aucun doute la richesse de notre spécialité, finalement attendue puisque notre spécialité en regroupe trois.

Certains préfèreront peut-être l'endocrinologie et ses pathologies rares, parfois technique sur leur prise en charge. D'autres se tourneront vers le diabète dont la littérature est quasi-infinie. Il ne faut pas oublier la nutrition qui ouvre également de nombreuses autres compétences, c'est une spécialité qui s'intègre parfaitement avec les deux autres de part sa complémentarité et sa polyvalence tout en ouvrant un champ de spécificité passionnant comme les maladies métaboliques.

Dans notre belle ville de Caen, notre formation se veut générale mais pointilleuse avec un accent sur deux choses que je trouve importantes pour s'épanouir dans n'importe quelle situation : la bonne entente avec une équipe soignante compétente et, surtout, l'éducation thérapeutique avec l'accompagnement du patient. Il n'y a rien de plus satisfaisant que de donner les cartes en main à un patient pour qu'il puisse comprendre et prendre en charge sa maladie, de nouer cette alliance thérapeutique, d'autant plus quand elle porte ses fruits.

C'est cette proximité avec les patients qui m'a paradoxalement poussé vers une FST de Pharmacologie clinique. Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi ce patient, chez qui vous étiez confiant sur la suite de la prise en charge, s'est mis à mal tolérer la Metformine ? Ce patient qui avait pris énormément de poids sous acide valproïque et qui déclare une pancréatite alors qu'il retrouvait espoir après avoir perdu du poids sous GLP1, est-ce vraiment son GLP1 qui a amené cette pancréatite ? Est-ce que les patients qui font des décompensations acido-cétosiques sous iSGLT2 ne sont pas ceux qui bénéficient le plus du traitement au niveau cardiologique ?

Notre spécialité nous confronte très rapidement à la juste prescription et ses effets indésirables, le meilleur exemple étant l'hypoglycémie après un ajustement de dose, mais on pourrait parler de l'Amiodarone ou des inhibiteurs de checkpoint.

La Pharmacologie clinique me permet donc d'ajouter la bonne compréhension des médicaments que j'utilise dans cette alliance thérapeutique.

Cette FST (instant publicité), permet par ailleurs de consolider sa lecture critique d'article qui est une partie obligatoire de la pharmacovigilance afin d'en dégager l'imputabilité extrinsèque d'un médicament dans une situation donnée.

La pharmacovigilance peut aboutir par la suite à de la pharmaco-épidémiologie qui n'est autre que de la gestion de big data avec une part majeure de statistique et, si le cœur vous en dit, de programmation. Le but ultime étant de parfaire la connaissance d'un médicament, aboutissant parfois à des mesures drastiques.

Un premier exemple parlant est la récente actualisation de la sécurité des AINS par l'ANSM en cas d'infection avec de nombreux cas de décès déclarés en pharmacovigilance, ces cas aboutiront à une étude plus large de pharmacoépidémiologie et, à terme, à une possible restriction d'accès en vente libre pour ces médicaments.

Voilà la majeure partie de l'activité en Pharmacologie clinique. Bien sûr, d'autres manquent à l'appel comme l'addictovigilance ou la toxicologie.

En conclusion, discutez avec vos CRPV, ils ne demandent qu'à collaborer et ont des outils dont vous ne soupçonnez même pas l'existence qu'ils mettront à votre disposition pour toutes vos idées d'études ou de thèse. Et si jamais vous voulez vous lancer dans cette aventure, cette FST vous apportera beaucoup dans votre développement personnel comme professionnel. Je cite pour terminer le Pr Alexandre, Cardiologue et PU-PH de Pharmacologie clinique du CRPV* de Caen dont la pertinence m'a toujours émerveillé : « *La meilleure prescription, c'est celle qu'on ne fait pas* ».

Matthieu

Interne 6ème semestre EDN à Caen

**Centre Régional de Pharmaco-Vigilance*

Comment je vis mon internat à Rouen

Ce que j'aime dans la vie d'interne en endocrinologie-diabétologie-nutrition, c'est entre autres la diversité : faire chaque jour, et parfois même chaque heure, des choses nouvelles qui n'ont rien à voir, apprendre un peu plus à chaque fois dans des milieux divers et variés avec des équipes différentes ayant chacune des choses à nous apporter.

J'adore le fait de me dire que j'ai le choix sur la pratique que j'aurai plus tard tant sur le contenu que sur la forme et que si l'hospitalier ne m'apportait finalement pas tout ce que j'espérais nous avons cette chance de pouvoir changer d'activité.

Je trouve mes difficultés dans les gardes aux urgences où je ne me sens vraiment pas à l'aise même si je comprends leur caractère obligatoire et la formation que cela pourrait nous apporter, ainsi que dans le rythme de travail que l'internat impose avec une pression que l'on se met à soi-même pour être à la hauteur des attentes de chacun.

Je suis référente des internes de notre spécialité dans ma ville, c'est un rôle qui peut être ingrat et dans lequel on peut se sentir vraiment seul parfois, mais je m'y plais cependant. Cela me permet d'être informée au jour le jour, d'avoir la sensation de changer un peu la donne pour mes co-internes qui en auraient besoin en leur proposant une écoute attentive et en les aidant à faire évoluer les choses, en partageant leurs « combats », en essayant de créer des moments de convivialité… Je ne sais pas si cela change tant de choses que cela pour eux mais personnellement cela me permet de trouver cette place qui me fait défaut et de diminuer ce syndrome de l'imposteur qui ne me quitte jamais vraiment.

Mon moteur : essayer d'apporter une touche de bienveillance la plus importante possible avec chacun de mes patients. Mon plus beau cadeau de fin d'entretien c'est quand ils me demandent si j'exerce sur place et s'ils peuvent faire le reste de leur suivi avec moi. À ce moment je me dis que je suis au bon endroit, que je ne ferais autre chose pour rien au monde et que ce que je fais en vaut vraiment la peine.

Fanny
Interne 5ème semestre EDN à Rouen

Comment je vis mon internat en nutrition

J'ai eu la chance de pouvoir faire mon internat dans un service spécialisé en nutrition, ce qui m'a permis de voir de nombreux aspects de cette spécialité.

Sur le versant obésité

L'activité en HDJ était très intéressante, principalement à destination de patients en pré-chirurgie ou post-chirurgie bariatrique à trois mois, six mois et jusqu'à cinq ans après l'opération. Les consultations pour les suivis médicaux d'obésité sévère, récusés ou non intéressés par la chirurgie étaient également très formatrices. En somme, il s'agit d'une approche très en lien avec le diabète forcément, ainsi qu'avec les autres facteurs de risques cardio-vasculaires comme la dyslipidémie, l'hypertension artérielle ou le SAOS.

J'ai pu aborder également l'aspect pédiatrique qui n'est pas commun dans notre spécialité. Les consultations d'enfants atteints d'obésité (qu'elle soit primaire ou secondaire à une maladie génétique par exemple), avec un temps en compagnie des parents puis en présence de l'enfant, sont des expériences nouvelles et enrichissantes.

Sur le versant dénutrition

La diversité de pratique est impressionnante. Il existe d'une part les consultations bien sûr, pour les patientes anorexiques, les patients avec une pathologie chronique sévère résultant d'une dénutrition, ou les patients dénutris nécessitant une reprise de poids préalable avant une opération chirurgicale, mais également les avis téléphoniques (d'où le nom d'équipe mobile de nutrition) concernant les dénutritions modérés à sévères dans tous les services des hôpitaux (notamment chirurgie digestive, gastro-entérologie, cancérologie, hématologie, endocrinologie…) et les prises en charge en hospitalisation. De l'entrée de l'hospitalisation jusqu'à la sortie, en passant par les staff hebdomadaires multidisciplinaires (en compagnie des psychiatres, diététiciennes, IDE, socio-esthéticiennes, etc.), et les réunions parentales, il est possible de suivre le cheminement des patients atteints d'anorexie, de dénutrition ou d'autres TCA, adulte comme enfant.

En somme, un stage formateur et intéressant, alternant consultations, avis et hospitalisation.

Samy
Interne EDN
Service de nutrition

Obésité ! Que deviens-tu ?

« L'obésité est un enjeu majeur de santé publique ». Combien de fois avons-nous entendu cette phrase ? Avec une prévalence en France aux alentours des 17 % selon la dernière étude OBEPI, rien n'est plus vrai que ce message qui est martelé d'année en année depuis le début de nos études !
Bien évidemment, il existe des disparités régionales et au sein des différentes classes sociales, ces dernières étant liées à de multiples facteurs, le coût élevé des aliments favorables à la santé n'étant que l'un d'entre eux et peut-être pas le principal.
Mais finalement savons-nous vraiment qui elle est ? C'est le bon moment pour se pencher sur son cas !

Thomas DEMANGEAT
Interne EDN, Rouen

Relecteur
Pr Antoine AVIGNON
Endocrino-diabétologue, Chef de pôle
Responsable d'équipe Nutrition Diabète
CHU de Montpellier

Obésité : Qui es-tu ?

Parler d'obésité, c'est voir au-delà de l'IMC. Combien de personnes avons-nous déjà vu avec un IMC supérieur à 30 kg/m² mais « bourrées » de muscles car pratiquant du sport de haut niveau ?

En effet, même si celui-ci est essentiel puisqu'il est à la base de la définition de l'obésité, l'IMC est loin d'être suffisant pour permettre de définir l'excès de masse grasse et le risque pour la santé, et donc pour catégoriser une obésité.

Selon l'OMS, l'obésité est effectivement définie comme un excès de masse grasse ayant des effets néfastes sur la santé. L'évaluation de la composition corporelle devrait donc constituer un élément important dans la démarche diagnostique. Celle-ci est très souvent mesurée au sein de centres spécialisés en nutrition par le biais de 2 méthodes : l'impédancemétrie bioélectrique et l'absorptiométrie biphotonique (DEXA).

La première est largement utilisée du fait de sa facilité de mise en œuvre. Cependant il est indispensable de n'utiliser que des appareils permettant de réaliser la mesure sur l'ensemble du corps, entre les mains et les pieds et non entre les pieds seulement (comme beaucoup de balances disponibles sur le marché), au risque de n'évaluer la composition que sur la partie basse du corps, et par conséquent d'extrapoler des résultats sur l'ensemble du corps avec un risque important d'erreur sur le résultat final. La seconde méthode est celle de référence, permettant une évaluation de la composition corporelle précise par utilisation à faible dose de rayons X, prenant en compte également la masse grasse viscérale. Cependant ces appareils ont un coût rendant leur disponibilité faible et ne sont pour la plupart pas adaptés aux poids supérieurs à 200 kg. On notera également que la bio-impédancemétrie perd de sa précision dans les poids extrêmes mais aussi en fonction de la répartition des graisses et de l'hydratation.

Malgré tout, ces techniques ne sont pas facilement accessibles à la plupart des personnes vivant avec une obésité, en particulier en consultation de ville. C'est pourquoi l'IMC reste l'outil d'estimation de la masse grasse sur lequel continue de reposer le diagnostic de l'obésité et du surpoids. Si, par sa simplicité il a tout son intérêt, en première ligne, il doit impérativement être utilisé en association à d'autres méthodes pour évaluer la répartition des graisses corporelles et fixer le risque pour la santé.

Comme nous l'avons dit, les méthodes de mesure de la composition corporelle décrites précédemment ne sont que rarement accessible en médecine de ville, ce qui conduit à utiliser la mesure du tour de taille en complément de l'IMC pour préciser la répartition des graisses corporelles et le risque pour la santé qui lui est associé. Le tour de taille se mesure à l'horizontal, à mi-distance entre le bord supérieur des crêtes iliaques et le bord inférieur des côtes, sans nécessairement passer par l'ombilic. Des valeurs supérieures à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme sont considérées comme associées à une augmentation de la masse grasse périviscérale ce qui est en faveur d'un risque accru de développer une pathologie cardio-vasculaire ou métabolique. C'est ainsi que ce critère fait partie intégrante de la définition du syndrome métabolique, en association aux critères glycémique, dyslipidémique ou encore de pression artérielle.

Ces réserves sur l'IMC étant prises, lorsque celui-ci est entre 30 et 35 kg/m², l'obésité est alors considérée de grade 1, entre 35 et 40 kg/m² de grade 2, et supérieure à 40 kg/m² de grade 3. Pour ce dernier stade, on préfèrera la dénomination « obésité de grade 3 » psychologiquement mieux acceptée que le terme préalablement et toujours classiquement utilisé d'obésité morbide qui renvoie à une image négative et stigmatisante dans la société actuelle.

Accueillir et poser les bonnes questions

Comment, en tant que futurs médecins spécialistes en nutrition, accompagner une personne en situation d'obésité ? Devons-nous nous baser exclusivement sur l'IMC ?

Bien évidemment la réponse est non ! Ne traiter qu'un IMC, c'est s'assurer d'un échec cuisant qui serait un bel exemple de contre-productivité. Aujourd'hui, élargir nos horizons est primordial pour permettre un accompagnement global et adéquat de tous ces patients.

Accompagner une personne en situation d'obésité, c'est comprendre le pourquoi et le comment, identifier les facteurs étiologiques de toute nature et les prendre en compte dans la démarche thérapeutique. C'est également évaluer et intégrer dans le parcours de soins le retentissement sur la santé respiratoire, sur le plan cardio-vasculaire et métabolique, sur les fonctions gonadiques, sur la qualité de vie, ainsi que le retentissement fonctionnel de l'obésité et son impact psychologique et social. À ce titre les dernières recommandations HAS proposent une gradation de la sévérité de l'obésité, prenant en compte ces facteurs et permettant de guider la prise en charge et notamment l'orientation des patients vers le bon niveau de recours 1, 2 ou 3.

Niveau 1	Le médecin généraliste (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité), diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux.	
Niveau 2	Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un IMC ~ 50 kg/m2.	En lien avec les professionnels et structures de santé des niveau 1 et 2

Source : HAS

Tableau 1 : *Les différents niveaux de recours des personnes en situation d'obésité définis par la HAS*

En cas d'échec de prise en charge médicale bien conduite à 6-12 mois, définie par une perte à un an de moins de 5 % de poids ou une absence de son maintien, le patient devra être adressé au niveau de prise en charge supérieur.

Être efficace c'est avant tout prendre le temps, celui nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance avec la personne vivant avec une obésité qui permettra d'être délicat, de prendre en compte les objectifs et les possibilités de chaque individu afin d'établir un programme thérapeutique adapté et individualisé. Ce temps est indispensable également pour permettre l'identification des facteurs étiologiques, car chaque situation d'obésité est unique et ne répond pas aux mêmes causes. Il faut savoir partir de 0, recueillir les antécédents personnels et familiaux qui peuvent orienter vers des obésités s'intégrant dans des cadres de pathologies endocriniennes (maladie de Cushing, Hypothyroïdie), des obésités syndromiques par atteinte chromosomique (syndrome de Prader-Willi…) ou encore des obésités génétiques (Mutation du récepteur de la Leptine…), qu'il faut éliminer en tout premier lieu. À ce titre des outils d'aide pour l'identification de certaines de ces étiologies ont été développés comme l'outil ObsGen, disponible sur Internet.

Les différentes comorbidités et complications doivent être recherchées dans le cadre du retentissement de l'obésité (diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, stéatose hépatique, troubles de la libido…).

L'anamnèse pondérale est essentielle, et s'attèlera à identifier l'âge de début de la prise de poids, les différentes variations pondérales et les multiples régimes alimentaires essayés, avec ou sans accompagnement diététique ou médical, l'effet « YOYO » étant à l'origine d'une augmentation progressive du poids sur le long terme. Ces éléments sont à mettre en parallèle des éléments de vie de l'individu, ses moments de difficultés, en somme tous les facteurs ayant pu favoriser des états anxiodepressifs ou générer des troubles stress post-traumatique fortement pourvoyeurs de prise pondérale. Ces aspects psychologiques sont indispensables à identifier et passer à côté pour ne se concentrer que sur un aspect organique constitue une erreur de prise en charge qui compromettrait l'efficacité de la démarche.

Les aspects environnementaux et sociaux sont nécessaires à déterminer, la précarité étant pourvoyeuse d'obésité par différents facteurs (psychologiques ou encore par accès à une alimentation plus riche en graisse et en sucres, souvent moins onéreuse). Le score EPICES est un allié de poids pour aider à l'évaluation de cet aspect.

Le comportement alimentaire constitue aussi une étape importante de l'évaluation de l'obésité. Il existe en gros quatre grandes typologies de comportement alimentaire chez les personnes vivant avec une obésité :

- **Mangeur Externe :** Les mangeurs externes sont généralement influencés par des signaux environnementaux liés à la nourriture plutôt que par la faim interne. Par exemple, ils peuvent manger parce qu'ils voient ou sentent de la nourriture, même s'ils n'ont pas de faim physique.
- **Mangeur Émotionnel :** Les mangeurs émotionnels se tournent vers la nourriture comme une forme de soulagement en réponse à des émotions négatives comme la tristesse, l'ennui, le stress ou l'anxiété. La nourriture est utilisée comme une forme de réconfort ou de distraction face à ces émotions.
- **Mangeur Restrictif :** Les mangeurs restrictifs s'efforcent de choisir leurs aliments en fonction de l'effet qu'il leur attribue sur le poids et ont tendance à exclure les aliments qu'ils pensent faire grossir indépendamment du plaisir qu'il leur procure. Ils peuvent appliquer les règles de façon plus ou moins stricte et on distingue restriction rigide et restriction flexible.
  - **Restriction Rigide :** Ces mangeurs ont tendance à suivre des règles alimentaires très strictes et à éviter complètement certains aliments ou groupes d'aliments. Cette approche peut mener à des cycles de privation et de suralimentation par déshinibition (cf. infra).
  - **Restriction Flexible :** Ces mangeurs font des efforts pour contrôler leur apport alimentaire, mais d'une manière plus flexible. Ils peuvent occasionnellement permettre des écarts à leur « régime » alimentaire sans se sentir coupables.
- **Mangeur Désinhibé :** Les mangeurs désinhibés ont du mal à contrôler leur apport alimentaire en réponse à certaines situations. Ils peuvent manger excessivement de grandes quantités de nourriture, lorsqu'ils sont en compagnie d'autres personnes qui mangent beaucoup, ou après avoir consommé de l'alcool. Ils peuvent aussi avoir du mal à s'arrêter de manger une fois qu'ils ont commencé. Ces formes alternent souvent avec la restriction rigide.

Il est important de noter que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, et qu'un individu peut présenter des comportements associés à plus d'une typologie de mangeur. De plus, ces comportements peuvent varier dans le temps en fonction des circonstances de la vie d'une personne.

Il est de même important de rechercher un trouble du comportement alimentaire et notamment une hyperphagie boulimique (plus rarement de la boulimie) très fréquente chez les personnes vivant avec une obésité (prévalence de 11 à 30 % en fonction des études), dont la prise en charge est complexe et nécessite très souvent l'intervention d'un médecin nutritionniste ayant une formation dans la prise en charge des TCA et d'un psychiatre +/- accompagné d'un professionnel formé en psychothérapie. Il faut dès lors rechercher les critères permettant de définir l'hyperphagie boulimique selon le DSM-V.

A	Survenue récurrente de crise de boulimie (binge eating), répondant aux deux caractéristiques suivantes : • Absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. • Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise de boulimie (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B	Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) : • Manger beaucoup plus rapidement que la normale. • Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale. • Manger de grandes quantités de nourritures en l'absence d'une sensation physique de faim. • Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe. • Se sentir dégouté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
C	Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.
D	Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 1 jours par semaine pendant 6 mois.
E	Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie.
Le niveau de gravité peut être déterminé afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.	
Léger	1-3 accès hyperphagiques par semaine.
Moyen	4-7 accès hyperphagiques par semaine.
Grave	8-13 accès hyperphagiques par semaine.
Extrême	> 14 accès hyperphagiques par semaine.

Tableau 2 : *Critères diagnostiques DSM-V de l'hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorder)*

On citera également brièvement l'**hyperphagie prandiale** (augmentation des prises caloriques au moment des repas), **la tachyphagie prandiale** (consommation d'un repas sur une durée particulièrement courte), **les grignotages** (consommation répétée de petites quantités d'aliments, sans faim), **la compulsion alimentaire** (consommation impulsive/brutale d'un aliment donné en dehors des repas en rapport avec une envie intense, et non une faim, suivie d'un soulagement puis d'un sentiment de culpabilité), le « **craving** » (envie impérieuse, intense de manger en dehors des repas, suivie d'une prise alimentaire ou non) et la **noctophagie** (besoin impérieux de manger au cours de la nuit).

Des outils simples permettent de dépister les troubles du comportement alimentaire chez ces patients. Le SCOFF-F, par exemple, est un questionnaire court pour lequel au moins 2 réponses positives suffisent à faire évoquer un trouble du comportement alimentaire. Un algorithme combinant le score SCOFF-F et l'IMC pour permettre de classifier les patients atteints de trouble du comportement alimentaire dans les différentes catégories, restrictive, boulimique et hyperphagique a été développé et publié par l'équipe de Nutrition du CHU de Rouen. Un outil en ligne (EXPALI) à destination des médecins généralistes est en cours de développement pour aider au dépistage.

Mais n'avons-nous pas oublié quelque chose d'important dans notre démarche ?

Souvent oublié, et non abordé par la personne vivant avec une obésité elle-même, l'impact de l'obésité sur sa vie quotidienne est le parent pauvre de la prise en charge !

Il est effectivement essentiel d'instaurer un climat de confiance permettant à la personne de vous confier l'impact de son obésité sur sa vie quotidienne, sur son mode de vie, sur ses relations familiales et sociales, sur sa libido, et également sur l'activité physique. Une nouvelle fois des scores permettent de guider le médecin dans cette démarche : l'ADL et l'IADL pour l'évaluation du retentissement sur les activités de la vie quotidienne, l'EQVOD pour la qualité de vie avec l'évaluation du retentissement sur la vie sexuelle, l'impact physique et psycho-social et le score GPAQ pour l'évaluation de l'activité physique.

Rechercher et identifier les comorbidités de l'obésité

La gestion de l'obésité nécessite de s'intéresser aux comorbidités et au retentissement possible de cette dernière, qui seront à rechercher en accord avec les recommandations.

Le dépistage du diabète de type 2 sera systématique, par glycémie à jeun renouvelée tous les 3 ans, tous les ans en cas de pré-diabète.

Les autres facteurs de risque cardio-vasculaires ne sont pas négligés. L'hypertension artérielle sera recherchée à chaque consultation, en prenant soin d'utiliser un brassard adapté à la corpulence du patient. Ainsi pour ne pas obtenir de mesure erronée, la taille du brassard doit respecter la règle 80 % de la circonférence du bras en longueur, et 40 % en largeur. Toute suspicion en consultation doit être complétée par une MAPA ou une automesure tensionnelle selon les disponibilités.

Les cibles de LDL cholestérol à obtenir chez ces personnes dépendent du statut diabétique, des antécédents cardio-vasculaires ou du niveau de risque estimé à l'aide des tables de risque SCORE-2. Les recommandations sont similaires à celles en population générale.

Sur le plan métabolique, il ne faut pas oublier la stéatopathie métabolique. L'obésité est l'une des principales causes de stéatose, pouvant évoluer vers une fibrose puis vers un carcinome hépato-cellulaire. Son dépistage doit être systématiquement réalisé en situation d'obésité, par la réalisation d'une échographie hépatique ou de scores de dépistage comme le FLI (Fatty Liver Index) prenant en compte différents biomarqueurs hépatiques avec une bonne sensibilité. En l'absence d'anomalies échographique et biologique le rythme de surveillance est de tous les 3 ans selon les recommandations européennes. En présence d'une stéatose échographique avec un bilan hépatique qui peut être normal il sera nécessaire de rechercher une fibrose à l'aide du calcul de l'un des 2 scores NAFLD Fibrosis Score ou Fibrosis-4 index (FIB-4). Des valeurs supérieures aux seuils (NAFLD Fibrosis Score > -1,455 ou FIB-4 > 1,30) nécessitent alors la réalisation d'une élastométrie pour quantification de la fibrose, alors que des valeurs normales sont rassurantes et autorisent une surveillance à hauteur d'une fois tous les 2 ans de ces marqueurs.

D'autres éléments souvent cachés dans l'ombre nécessitent une évaluation chez toute personne vivant avec une obésité. La prévalence du syndrome d'apnée du sommeil passe de 12 % en population générale à 32 % en population en situation d'obésité et même 60 % en cas d'obésité sévère, et il semble ainsi évident que la recherche de signes cliniques de SAOS s'impose chez toute personne vivant avec une obésité et ce, d'autant plus que la sévérité du SAOS est corrélée avec la quantité de masse grasse viscérale. Plusieurs scores sont d'une formidable aide dans le dépistage de ce dernier, avec une bonne VPN : les scores STOP-BANG et d'Epworth. L'oxymétrie peut également être utilisée dans des cas douteux, dans un objectif de dépistage (bonne VPN). Le diagnostic est effectué par polygraphie ventilatoire, recommandée de manière systématique par la HAS en cas d'IMC ≥ 35 ou d'IMC ≥ 30 avec des signes cliniques évocateurs (souvent repérés à l'aide des scores précédemment cités).

Le syndrome Obésité-Hypoventilation, souvent le petit oublié de l'affaire, nécessite d'être traqué car il n'est pas sans risque sur la santé cardio-vasculaire. Souvent associé au SAOS, il est à rechercher systématiquement par gaz du sang en cas d'IMC ≥ 35 ou d'IMC ≥ 30 associé à une Sat en O2 < 94 % ou un syndrome restrictif (défini par une CPT < 85 %).

Ce dernier point et l'augmentation de la prévalence de l'asthme chez la personne en situation d'obésité amène à pratiquer des épreuves fonctionnelles respiratoires en cas d'IMC ≥ 40, d'IMC ≥ 35 avec présence d'un SAHOS ou encore d'IMC ≥ 30 avec symptomatologie évocatrice de dyspnée de repos ou d'effort léger.

L'augmentation de l'incidence de pathologies articulaires (gonarthrose, arthrose digitale, lombalgies) pouvant amener à de sérieuses limitations fonctionnelles, ainsi que celle des pathologies bucco-dentaires, de maladie rénale chronique et de certains cancers sont également à prendre en considération et à dépister de manière régulière.

Le mot de la fin

L'obésité n'est pas à prendre à la légère ! Sa complexité en fait une pathologie passionnante à prendre en charge et également un défi à relever. Elle nécessite de connaître tous les rouages de son développement, en s'aidant des outils à disposition actuellement. La plus grande aide viendra d'un des acteurs principaux de la prise en charge : le patient lui-même, qui sera la clé !

Patients diabétiques de type 2

Ozempic®

sémaglutide

Un analogue du GLP-1 hebdomadaire

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

HbA_{1c} | POIDS

ET UNE SÉCURITÉ CARDIOVASCULAIRE

Ozempic® est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique :

- En monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications.
- En association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète.

Pour les résultats des études concernant les associations, les effets sur le contrôle glycémique et les événements cardiovasculaires, ainsi que sur les populations étudiées, voir les rubriques "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi", "Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions" et "Propriétés pharmacodynamiques" du RCP.

Conditions de prescriptions, de délivrance et de prise en charge :

Liste I. Remboursement sécurité sociale à 30 % et agréé aux collectivités dans les seules indications :

- En bithérapie en association à la metformine.
- En trithérapie en association à la metformine et à un sulfamide.
- En trithérapie en association à la metformine et l'insuline.

Vous pouvez consulter le RCP et l'avis de la Commission de la Transparence sur la base de données publique des médicaments en flashant ce code.

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr.

novo nordisk®

Visa : 21/07/61400703/PM/001/F01 - FR23OZM00011 - Avril 2023

Ozempic® est une marque déposée de Novo Nordisk A/S.

OZEMPIC®
sémaglutide

La conférence de consensus de 2022 conjointe SFE-AFCE-SFMN sur la prise en charge des nodules thyroïdiens : regards croisés

Dr Julie SARFATI
Endocrinologue

Le Dr Julie SARFATI nous présente un tour d'horizon des grands points du consensus. Il s'agit d'un consensus multidisciplinaire rédigé par des endocrinologues, des médecins nucléaires, des chirurgiens (ORL/viscéraux), des radiologues, des anatomo-pathologistes, des pédiatres et des biologistes impliquant la société Française d'Endocrinologie (SFE), l'Association Française de Chirurgie Endocrinienne (AFCE) et la Société Française de Médecine Nucléaire (SFMN). C'est dire l'importance du sujet.

Quelques éléments de base indispensables à retenir

- Les 2 examens clés restent :
  - Un dosage de TSH ;
  - Une échographie thyroïdienne de qualité avec l'utilisation de la classification EU-TIRADS.
- Les indications de cytoponction restent inchangées et sont recommandées pour les nodules en fonction de leur score EU-TIRADS et de leur taille. L'interprétation doit utiliser le système de Bethesda.
- La prise en charge des nodules dits de nature indéterminée (soit ayant une classification de Bethesda III et IV) est discutée :
  - La réalisation d'un 18FDG-TEP/TDM n'est pas recommandée étant donnée des VPN sous-optimales dans les études récentes.
  - Devant un nodule Bethesda III, lorsque la TSH est inférieure à 1 mUI/l, la scintigraphie thyroïdienne, idéalement à l'iode 123, peut être envisagée à la recherche d'un nodule autonome.
- La prise en charge chirurgicale des nodules thyroïdiens avec un résultat Bethesda V et VI en cytoponction est en cours d'évolution (scoop).
- La surveillance des nodules bénins évolue (scoop).
- La grossesse et la pédiatrie sont des situations à part ne nécessitant pas la même prise en charge avec pour mots-clés :
  - Temporisation côté grossesse ;
  - Méfiance côté pédiatrie.

Des Scoops / Nouveautés

- Devant un incidentalome thyroïdien en TEP-TDM :
  - Les critères échographiques restent pertinents pour la discrimination nodule bénin/nodule malin et les critères de cytoponction sont peu modifiés ;
  - Seuls les nodules EU-TIRADS 4 et 5 sont ponctionnés dés 1 cm.
  - Les nodules thyroïdiens infracentimétriques ou EU-TIRADS 2 et 3 de moins de 2 cm peuvent être surveillés par une échographie à 6-12 mois puis pris en charge selon leur évolution de façon similaire aux nodules thyroïdiens dont on ne connait pas le statut métabolique.
- Les tests moléculaires (sur la cytoponction) apparaissent dans la prise en charge des nodules cytologiquement indéterminés Bethesda III ou IV.
- S'agissant de la prise en charge chirurgicale des nodules Bethesda V et VI soit suspect de malignité ou malins, une lobectomie peut être proposée quand le nodule mesure < 2 cm.
- La thermoablation fait une entrée remarquée dans la prise en charge :
  - Des nodules euthyroïdiens ;
  - Des nodules autonomes ;
  - Et des microcancers papillaires.
- Les nodules thyroïdiens sans caractère échographique de forte suspicion de malignité (EU-TIRADS 2-3-4) dont le résultat cytologique est bénin (Bethesda II) ou la ponction non indiquée doivent être surveillés :
  - 1 à 2 ans après leur découverte ;
  - Puis 2 à 4 ans plus tard ;
  - Puis tous les 4-5 ans ;
  - La surveillance annuelle n'est nécessaire que dans des cas très particuliers et ne doit pas être généralisée++.
- Particularités de la grossesse : temporiser les échographies et les cytoponctions, il ne s'agit pas de rajouter des examens stressants dans cette courte période déjà riche d'affects.

Des perspectives réjouissantes

- Progresser dans l'évaluation des nodules de nature indéterminée pour éviter des prises en charges chirurgicales inutiles :
  - Évaluation de VPP et VPN de futures scintigraphies double marquage Iode 123-MIBI ;
  - Développement de tests moléculaires académiques en France, moins coûteux, en particulier par séquençage à haut débit permettant la recherche de mutations et fusions de gènes décrites comme participant à la tumorigenèse thyroïdienne.
- Progresser dans les nouvelles techniques chirurgicales, en valider la pratique, élargir les indications.
- Progresser dans les méthodes d'anesthésie per-opératoire.
- Démocratiser l'accès aux méthodes non chirurgicales de prise en charge comme la thermoablation des nodules bénins et des microcancers et l'alcoolisation des nodules kystiques.

Courtesy of "Chapter 1 authors" Z Baloch, et al and Pr P. VIELH	Risque de malignité (%)	Recommandation
BETHESDA 1	V1(1-4) - V2 (5-10) **V3: 2-20 (13)**	**Répéter la cytoponction**
BETHESDA 2	V1 et V2(0-3) **V3 : 0-6 (4)**	**Suivi**
BETHESDA 3	V1(10-15) - V2(10-30) **V3: 20-32 (22)**	**Répéter la ponction / Biologie moléculaire Lobectomie / Surveillance**
BETHESDA 4	V1(15-30) – V2 (25-40) **V3: 25-50 (30)**	**Biologie moléculaire Lobectomie**
BETHESDA 5	V1 (60-75) – V2 (50-75) **V3: 50-80 (74)**	**Biologie moléculaire Lobectomie / Thyroidectomie totale**
BETHESDA 6	**(97-99) 85-100 (97)**	**Lobectomie / Thyroidectomie totale**

Prévalences des cancers selon Bethesda V3

Le Dr Hervé MONPEYSSEN nous offre le regard avisé d'un passionné de thyroïdologie qui sait apprécier le travail des auteurs

Dr Hervé MONPEYSSEN
Thyroïdologue

Avant-propos

Les panelistes sont parmi les meilleurs représentants français de la discipline, et ont produit un travail d'une rare pertinence. Après 20 années de pratique exclusive de la thyroïdologie et pour avoir activement participé à l'élaboration du précédent Consensus (2011). J'ai pu apprécier le chemin parcouru.
Les quelques remarques formulées ne sont pas des critiques (quelle légitimité aurais-je pour le faire ?). Ce sont souvent des points positifs que je souhaite souligner, parfois ce que je considère comme des oublis, rarement des points de désaccord. Merci pour ce beau travail.
Le premier point est une frustration qui relève du calendrier. Le consensus a été publié en anglais dans les Annales d'Endocrinologie en décembre et à ce jour la version française est toujours dans les limbes. Je sais que publier en Français n'a aucune « valeur marchande » mais…

Voyons maintenant les chapitres un à un

2

Chapitre 2 • Quelle évaluation initiale des patients porteurs de nodule(s) thyroïdien(s) ?

C'est une très belle mise au point qui nous sera utile au quotidien. Deux points de détail :

- Concernant le dosage de la calcémie, il est proposé dans le texte pour le nodule échographiquement évocateur d'adénome parathyroïdien et non repris dans la recommandation.
- Le syndrome de Mc-Cune Albright disparait des terrains à risque. Bonne nouvelle pour ces jeunes qui ont déjà beaucoup d'autres misères.
- Question : pourquoi dans un consensus français, utilise-t-on toujours l'acronyme anglais FNAB pour fine needle aspiration biopsy alors que dans le même travail on dit bien que l'aspiration n'est pas recommandée et qu'on fait de la cytologie ?

3

Chapitre 3 • Recommandations en cytologie thyroïdienne : de la technique à l'interprétation

On sait que les consensus ne sont pas destinés à parler d'avenir mais on aurait quand même pu signaler la sortie de Bethesda « saison 3 » en ce mois de juin 2023… et sans déflorer le sujet, la nouvelle prévalence associée à chaque classe va nous faire certainement reconsidérer nos attitudes dans un délai proche.

4

Chapitre 4 • Quelle place pour la biologie moléculaire ?

Comme je l'ai dit, nous sommes impatients de pouvoir en faire bénéficier nos patients. On peut simplement s'étonner qu'une belle étude avec l'équipe de l'IGR et Philippe VIELH en premier auteur (il s'agit tout de même de l'un des « papas » » du Bethesda version 1-2 et 3) ne soit pas citée. Les études françaises ne sont pas si nombreuses pour qu'on puisse en oublier.

5

Chapitre 5 • Quelle place pour l'imagerie fonctionnelle et les traitements isotopiques ?
On lit avec beaucoup d'intérêt la prise en compte des techniques d'imagerie isotopique diagnostique dans les lésions indéterminées et, en particulier, l'utilisation du MIBI couplé avec l'Iode 123 ou le Tc 99. L'étude de la rétention du traceur (indice WOR) aurait mérité d'être développée.
En revanche, l'utilisation du TEP FDG n'est pas encore adoubée en France (argumentaire très développé dans le full-texte à compléter par l'intéressant échange entre le panel d'auteurs et Elizabeth De KOSTER dans les Annales d'Endocrinologie).
Piège : La fixation au TEP Choline peut être le fait d'un adénome parathyroïdien intra-thyroïdien.

6

Chapitre 6 • Nodules thyroïdiens de l'enfant
L'accent est mis à juste titre sur le syndrome DICER-1, pas si rare que cela.

7

Chapitre 7 • Nodule thyroïdien, prise en charge chirurgicale
R 7.2 : Le chirurgien () doit savoir interpréter une échographie cervicale pour proposer le geste adapté à la pathologie (Niveau de preuve +++ Grade A).
Cette recommandation est selon moi la plus surprenante de tout le consensus. De quelle formation dispose le chirurgien lui permettant d'interpréter un examen aussi difficile que l'échographie ?
En l'absence de formation diplômante, comment peut-il apprécier sur une image statique la présence d'un lobe pyramidal ou d'un tractus thyréoglosse, d'une ectopie, d'un prolongement inférieur, et surtout d'une suspicion d'anomalie des troncs artériels de type Arteria Lusoria imposant une technique chirurgicale particulière pour ne pas léser un nerf récurrent… non récurrent naissant directement du pneumogastrique ? Comment va-t-il apprécier une hypervascularisation qui peut augurer d'un saignement opératoire ?
À titre indicatif lire la recommandation 8-4 qui s'adresse à ceux qui veulent pratiquer la Thermoablation des nodules thyroïdiens.
9 - Voies extra-cervicale : thyroïdectomie robotique : On peut s'étonner de l'absence, dans le panel d'auteurs, du seul chirurgien français pouvant se targuer d'une robuste expertise en la matière.

8

Chapitre 8 • La Thermoablation
Je ne ferai que citer la Recommandation 8.4 et espérer que chacun de vous qui me lisez en saisisse l'importance.
L'opérateur doit être titulaire du D.E.S d'imagerie médicale et/ou d'un diplôme spécifique notamment celui du D.I.U d'échographie option cervicale et endocrinienne. Il doit pouvoir justifier d'une expérience en échographie thyroïdienne et en procédures interventionnelles diagnostiques (cytoponctions, microbiopsies) et thérapeutiques (évacuations, alcoolisations). Il doit avoir bénéficié d'une formation théorique et avoir assisté auprès d'un opérateur entraîné à plusieurs procédures. Il doit être seniorisé pour ses premières procédures. Niveau de preuve : avis d'expert, Grade A.

9

Chapitre 9 • Comment surveiller et jusqu'à quand ?
Un élément important est signalé dans le corps du texte et aurait pu (dû) figurer dans les recommandations. La taille du nodule : « Il n'est donc pas possible d'affirmer que le risque de cancer des nodules Bethesda II est plus élevé lorsque le nodule est de grande taille ».

10

Chapitre 10 • Nodule thyroïdien et grossesse
Je m'interroge toujours sur la pertinence de la palpation pour juger de l'évolution d'un nodule ? On aurait pu signaler que l'alcoolisation et la thermoablation par laser et micro-ondes sont utilisables sans risque pour traiter un nodule toxique durant la grossesse.

En guise de conclusion : le point de vue de la rédaction

Ce nouveau consensus, plus de 10 ans après le précédent, met en exergue non seulement l'approche diagnostique initiale, reposant sur le trépied clinique-biologie-échographie d'expertise, prolongé par le pilier central du triage qu'est la cytoponction échoguidée.
Il offre un début de réponse à ces cytologies indéterminées dont l'attitude chirurgicale révèle aussi la peur du cancer, peur partagée par les patients et les soignants de "laisser passer une tumeur maligne", peur qui, bien que sous-tendue par une question fort légitime, est rarement bonne conseillère.
Un début de réponse technique, avec l'essor de la scintigraphie double marquage et l'avénement des techniques de biologie moléculaire.
Un début de réponse philosophique puisque ce consensus officialise la place de la surveillance active et de la thermoablation dans la prise en charge de cas sélectionnés de microcancers papillaires. In fine, c'est donc le premier consensus qui laisse la possibilité de laisser un cancer connu en place.
De ce consensus, on en retiendra donc surtout la volonté et la possibilité d'individualiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique autour des algorithmes et de laisser la chance à la thyroïde de rester en place…
Loin de diaboliser la chirurgie, qui est un outil thérapeutique majeur, ce consensus affine ses indications pour que chaque intervention rende réellement service au patient et rend ainsi hommage, 100 ans plus tard, à Emile Theodor Kocher. C'est notre rôle, endocrinologues, de mener à bien cette démarche et d'y occuper une place centrale.

Retour sur les JFN 2022

Thomas DEMANGEAT
Interne EDN, Rouen

Les journées francophones de nutrition qui se sont déroulées en novembre 2022 à Toulouse ont été une nouvelle fois un grand succès. Alimentation, nutrition, obésité, troubles du comportement alimentaire étaient au programme, de quoi régaler toutes les bouches et cerveaux en soif de connaissance. Quelques faits et thèmes m'ont marqué durant ces 3 journées.

L'obésité a pu ainsi être abordée sur un aspect méconnu et en plein essor : l'olfaction. Celle-ci est connue pour jouer un rôle dans les phases de préparation à l'ingestion alimentaire (dans le but de vérifier l'absence de dangerosité et la palatabilité de l'aliment), mais également dans la phase d'ingestion (pour guider l'alimentation) et enfin en phase post-ingestion (dans l'objectif d'imprimer au sein du cerveau l'expérience de cet aliment et guider les préférences alimentaires).

Il a pu être observé chez des adultes tout-venants âgés entre 45 et 60 ans une prédominance de l'hyposmie chez les sujets en situation d'obésité. Ce symptôme a un effet délétère sur la qualité de vie et la perte du plaisir alimentaire, et peut donc être une des composantes de la survenue de syndromes anxiodépressifs en cas d'obésité.

Cette hyposmie est corrélée à une diminution franche du volume du bulbe olfactif en comparaison à des individus de poids normal. L'altération globale de la sensibilité olfactive est cependant à nuancer par le fait qu'il existe une augmentation de la détection des odeurs hédoniques d'aliments hautement palatables comme le chocolat, ce dernier point étant en accord avec ce que l'on peut observer dans certains troubles du comportement alimentaire responsables d'obésité comme l'hyperphagie boulimique.

Fait intéressant, la chirurgie bariatrique semble avoir un effet de réversibilité en améliorant la détection des odeurs et leur identification, permettant d'insister sur le fait qu'un score olfactif amélioré après chirurgie pourrait être un facteur prédictif de bonne réussite de cette dernière sur le plan métabolique et pondéral.

Mais alors d'où vient ce dysfonctionnement du bulbe olfactif ?

L'insuline pourrait jouer un rôle prépondérant. Ainsi en cas de résistance à l'insuline, retrouvée fréquemment chez les personnes en situation d'obésité, l'insuline en excès aurait un impact sur la baisse de la sensibilité olfactive. D'autres études sont cependant nécessaires pour élucider ce mécanisme exact (Interventions du Dr Gurden, Paris et du Dr Bensafi, Lyon).

Une autre session est revenue sur plusieurs études réalisées à partir de la cohorte prospective française NUTRINET. Ces études basées sur un grand nombre d'individus (entre 15 000 et 100 000 adultes) ont permis l'obtention de conclusions avec un impact important sur nos pratiques.

Il a ainsi été trouvé une association entre la consommation totale d'édulcorants et une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire et plus précisément de maladie cérébrovasculaire. La consommation de l'aspartame semblerait favoriser les maladies cérébrovasculaires alors que la consommation de sucralose favoriserait les maladies coronariennes. Ces résultats alertent sur la consommation d'édulcorants qui font partie intégrante des produits que nous consommons quotidiennement, et qui semblent par conséquent ne pas être si « innocuitaires » pour la santé.

Il a pu également être mis en évidence une association entre des apports élevés en nitrites alimentaires (provenant d'additifs alimentaires ou de sources naturelles comme l'eau) et un risque plus élevé de développer un diabète de type 2. Ces résultats ouvrent la porte à la découverte d'un nouveau facteur de risque de diabète de type 2 : un apport élevé en nitrites alimentaires.
Enfin, à partir de cette même cohorte il a pu être identifié une association significative entre les apports en glucides et la survenue d'un état anxieux. Plus précisément, des apports en glucides complexes et en amidon étaient beaucoup plus associés à la survenue d'un état anxieux au cours du suivi. La persistance d'un état anxieux était quant à elle favorisée dans cette même étude par un apport majoré en glucides totaux et une augmentation du pourcentage d'énergie provenant des glucides. Cette constatation est en accord avec ce que nous pouvons observer en pratique. (Interventions des Dr Deschasaux-Tanguy, Dr Srour, Dr Kose, Hôpital de Bobigny).

Je m'attarderai également sur l'association entre la consommation alimentaire et l'inflammation en pathologie humaine. Comme nous le savons depuis de nombreuses années, les acides gras riches en oméga 3 et les fibres alimentaires ont tendance à diminuer l'inflammation, à contrario des sucres ajoutés qui possèdent un effet pro-inflammatoire. Un des exemples les plus parlants de cette association est l'effet protecteur que peut avoir le régime méditerranéen qui permet dans les études une diminution des cytokines pro-inflammatoire de manière nette.
À ce titre un score a été établi afin d'évaluer spécifiquement le caractère pro-inflammatoire de l'alimentation : le DII pour Dietary Inflammatory Index. À partir de ce score, plusieurs études ont montré une association entre l'augmentation de cet index et une augmentation des syndromes dépressifs, du diabète de type 2, de maladie cardiovasculaire, de cancer colorectal, et de la mortalité globale et cardiovasculaire. Ces données amènent à considérer le régime anti-inflammatoire comme une voie importante de prévention primaire en santé humaine et un aspect « thérapeutique » à ne pas négliger. (Intervention du Dr BELLICHA, Bobigny)

Enfin quelques mots sur les troubles de l'oralité de l'enfant, et plus particulièrement sur l'ARFID qui se définit par un désordre alimentaire avec aversion amenant à une perte de poids significative, un déficit nutritionnel ou encore une dépendance à des compléments nutritionnels, mais non expliqué par une indisponibilité des aliments ou par des habitudes culturelles, une anorexie, une boulimie, ou une cause organique médicale.
Ce trouble, avec une prévalence évaluée en population française pédiatrique de 2,7 % sur une cohorte de 401 patients, semble être favorisé par un excès d'accommodation parentale. Ainsi « plus le style de la mère est permissif et plus ses motivations et ses stratégies sont dictées par les préférences de son enfant, d'autant plus grandes seront les difficultés alimentaires de l'enfant ».
De nouvelles recommandations ont été publiées récemment afin d'offrir une prise en charge adaptée, prenant en compte le risque important de carences vitaminiques et en micronutriments ainsi que le sur-risque d'ostéoporose dans ces populations. (Intervention du Pr FEILLET, CHU de Nancy).

Une nouvelle fois, ces journées ont tenues toutes leurs promesses, tant au niveau qualitatif que quantitatif. Preuve en est que la nutrition est au centre de toute la médecine humaine ! Rendez-vous est donné à Marseille du 6 au 8 décembre pour l'édition 2023, avec de nouveaux thèmes et plein de découvertes. Alors n'hésitons plus et partons à la découverte du régime méditerranéen !

Retour sur les premières Journées de l'EDN Libérale

Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Endocrinologue
Institut Parisien d'Endocrinologie (IPE), Paris

La Fenarediam a toujours eu vocation à accompagner les spécialistes en endocrino-diabétologie et nutrition (EDN) dans les spécificités de leur pratique libérale. En 2021, c'est dans cet état d'esprit qu'a débuté le programme STARENDOC : après une grande enquête auxquels plus de 300 spécialistes avaient répondu, une équipe de 12 endocrinologues libéraux a travaillé sur différentes problématiques organisationnelles. Dans la suite de ce programme, ont été organisées les 12 et 13 janvier deniers les 1ères journées de l'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition Libérale, grâce au soutien institutionnel des laboratoires NovoNordisk et Abbott.

Une centaine de spécialistes se sont réunis à Paris, mais étaient aussi présents des représentants de la SFD (Société Francophone du diabète), y compris paramédicale, de la SFE (Société Française d'Endocrinologie), du CNP (Conseil National Professionnel), des infirmiers, des diététiciens et des médecins généralistes. Cela a permis beaucoup d'échanges afin de mieux se connaître et de pouvoir construire de nouveaux modes d'exercice.

C'est le Pr Antoine Tesnière, directeur de l'Agence Numérique en Santé, qui a effectué la conférence inaugurale autour du cabinet de demain et du rôle du numérique dans nos pratiques. Utilisation des données de santé, échanges via les messageries sécurisées, le Ségur numérique, et bien sûr arrivée de l'Intelligence Artificielle : autant de thèmes qui ont été abordés et qui nous font entrevoir de nouvelles perspectives dans nos pratiques.

Les enjeux médico-légaux de l'utilisation du numérique nous ont été exposés par Maître Kamkar, avocat : retenons que la tenue du dossier doit être parfaite, que la téléconsultation doit être considérée comme une vraie consultation, avec les même enjeux et notamment la réalisation d'un compte-rendu ; enfin, la responsabilité en termes de télésurveillance reste ambiguë : l'information du patient sur son utilisation mérite d'être clairement précisée.

Une session a été consacrée à la collaboration avec les paramédicaux au cabinet. Assistant médical, infirmier, diététicien, infirmier de pratique avancé, éducateur sportif : plusieurs exemples ont été proposés, avec les règles, les bénéfices, les difficultés et surtout les enjeux financiers. Même si beaucoup d'entre nous travaillent en pluriprofessionnel, l'obstacle majeur reste le financement. Il faut espérer que la prochaine convention pourra apporter des solutions à notre spécialité ; alors que nous sommes en 1ère ligne pour prendre en charge les patients avec diabète et en situation d'obésité, nos revenus restent insuffisants pour rémunérer les paramédicaux dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique. Quant aux aides, soit elles ne sont pas accessibles pour la plupart (en dehors des médecins en zone sous-dotée), soit elles nécessitent des contraintes administratives lourdes.

Les CPTS, Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Soin, sont une des réponses à ces difficultés de financement. Rappelons que les CPTS sont un système permettant de mobiliser localement les professionnels de santé afin qu'ils se regroupent, volontairement, pour mieux se coordonner. Parmi les missions socles, on retrouve celle des parcours de soins. C'est dans ce cadre que l'on peut utiliser les moyens de la CPTS pour mettre en place une équipe, en utilisant des outils de communication et de coordination sécurisés, permettant de partager et/ou déléguer des tâches, de former les professionnels, d'améliorer le lien ville-hôpital. Cela permet de dégager du temps médical, d'améliorer les conditions d'exercice, de renforcer les liens avec les médecins généralistes et les autres spécialistes et de favoriser l'attractivité. Par exemple, certains collègues ont mis en place un

parcours autour du diabète de type 2 ou encore de l'obésité. Les endocrinologues doivent s'impliquer dans les CPTS, car ils sont les experts de cette maladie, et sont à même de pouvoir orienter les programmes.

Des exemples de parcours de soins pluriprofessionnels pour les patients avec diabète de type 2 ont été proposés, issus du travail réalisé dans le cadre du programme Starendoc : patients à haut risque cardio-vasculaires, en situation d'obésité, avec un objectif glycémique non atteint. Mise en place, éducation thérapeutique, fiches : les outils sont mis à disposition sur le site internet de la Fenarediam.

Un symposium, sous l'égide de Novo-Nordisk, sur les dernières recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé), publié pour améliorer la qualité de la prise en charge médicale des adultes en situation d'obésité et plus spécifiquement ceux dont l'obésité est complexe ou sévère. Dans une approche multidisciplinaire, la HAS a clarifié les 2e et 3e niveaux de prise en charge afin d'accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre. Il a été proposé des clés pour modifier de manière durable les modes de vie du patient sans que l'objectif ne se résume à la perte de poids.

Les laboratoires ABBOTT nous ont proposé un symposium autour de l'utilisation des capteurs Freestyle Libre 2 chez les patients avec un diabète de type 2 sous insuline basale. Les Drs Nathalie Gervaise et Rémy Leroy nous ont proposé différents cas cliniques permettant d'illustrer l'intérêt du FSL2 dans cette situation : par exemple, en initiation, il peut être rassurant pour le patient afin d'observer plus facilement son taux de glucose. Un autre intérêt est de repérer les hypoglycémies, notamment nocturnes méconnues chez les sujets à risque. Enfin, chez les patients sous insuline basale, qui présentent une dissociation entre des glycémies à jeun à l'objectif et une HbA1c trop élevée : une bonne analyse du profil glycémique permettra de mieux choisir le traitement à proposer.

Des ateliers ont été proposés pour échanger sur les pratiques de la télésurveillance et de la télé-expertise. D'ici quelques semaines, nous allons pouvoir facturer la télésurveillance,

mais elle nécessite une organisation différente afin de la mettre en place de manière efficiente, et qu'elle puisse être faite dans des conditions de sécurité et d'efficience : temps dédié, formation aux plateformes, paramétrages des alarmes, voire délégation de tâche auprès des paramédicaux. Quant à la télé-expertise, elle peut représenter un nouvel outil pour fluidifier la communication entre professionnels de santé mais aussi les parcours de soins. Cela fera sans doute l'objet d'un article à part entière lors d'un prochain numéro.

Enfin, une dernière session a eu lieu autour de l'initiation des pompes à insuline en libéral. Le Dr Didier Gouet, du Centre Hospitalier de la Rochelle nous a montré une expérience particulièrement positive de collaboration ville-hôpital, en vue de fluidifier les parcours de mise en place de boucle fermée chez les patients, notamment via la tenue de réunions mensuelles en visio entre l'équipe hospitalière et les partenaires régionaux de ville. Le Dr Sylvie Picard nous a présenté son expérience d'initiation de pompe à insuline chez 150 patients au cabinet, de 10 à 75 ans. Elle a mis en place un protocole, avec un suivi strict, une astreinte téléphonique, dans un souci de qualité et de sécurité. Forte de cette expérience, elle s'est récemment associée à d'autres endocrinologues sur le territoire, en créant le CIRDIA, Centre Inter-Régional D'Insulinothérapie Automatisée, afin de répondre au cahier des charges de la position d'experts de la SFD sur l'initiation des patients en boucle fermée. Néanmoins, aucun mode de financement n'existe. Le Dr Hélène Charrier a ensuite présenté le modèle de l'association Liberpomp, créée avec le Dr Séverine Baud-Besançon, qui regroupe onze endocrino-diabétologues de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et qui propose également l'initiation des pompes par les médecins libéraux, avec la mise en place d'une charte pour les patients et les prestataires, une astreinte téléphonique médicale et des formations à visée des professionnels participants. À 2 ans et demi, plus de 60 patients ont été mis sous pompe, au sein d'une file active de 450 patients sous pompe à insuline.

Pour conclure, ces journées ont été l'occasion de riches échanges, de partage d'idées et d'expérience. La Fenarediam s'engage à les renouveler en 2025. En attendant, nous vous donnons rendez-vous du 12 au 14 janvier 2024 à Rennes pour le Congrès National de la Fenarediam.

Retour du congrès de la SFD 2023

Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Endocrinologue
Institut Parisien d'Endocrinologie (IPE), Paris

De la boucle fermée hybride à l'insulinothérapie complètement automatisée : comment relever le défi ?

Marc BRETON, Université de Virginie – SFD 24 mars 2023

L'insulinothérapie automatisée est en train de devenir le gold standard du traitement des patients avec un diabète de type 1, notamment grâce à 2 systèmes qui équipent actuellement plus de 200.000 patients dans le monde : Control iQ et Medtronic 780G. Actuellement, tous les systèmes d'insulinothérapie automatisée utilisés en boucle fermée hybride permettent en moyenne une amélioration du TIR (temps dans la cible entre 70 et 180mg dl) de 10 à 12 %, en gardant une stabilisation dans le temps. Par exemple, le système Control iQ a été testé dans plusieurs pays, chez 4100 patients au total, et permet d'obtenir en moyenne un temps dans la cible à 76,2 %, avec 2.5 % de temps passé en hypoglycémie, soit une moyenne glycémique à 144mg/l, un GMI à 6.8 % et surtout, une utilisation du système 94.1 % du temps. L'étude de Breton (DiabetesTechnology & Therapeutics. 2021 Aug :23 (8) :1942-9) a montré également chez 9451 patients sous Control iQ une stabilité des résultats à long terme, puisque le temps passé dans la cible passe dès le 1er mois de 64 à 75 %, et se maintient tout du long, avec à 12 mois à 74 %, avec moins de 2 % d'hypoglycémies. L'amélioration est immédiate et se maintient, mais ne s'améliore pas non plus.

Ces systèmes combinent à la fois un ajustement de la basale aux besoins du patient toutes les 5 minutes et des bolus automatiques de correction en cas d'hyperglycémie. Tous ces systèmes marchent d'autant mieux que les repas sont annoncés, avec une estimation de la quantité de glucides ingérés afin d'envoyer un bolus permettant de couvrir le repas (boucle hybride). Ils fonctionnent de manière sécurisée, même en l'absence d'annonce des repas, et sont plus efficaces que le traitement classique (boucle complètement fermée). En fait, il faut comprendre que ces systèmes permettent les 2, mais que ce sont les modalités d'utilisation du système par le patient qui vont en faire une boucle hybride ou fermée.

Une autre étude de l'équipe de Breton a montré des résultats très intéressants en comparant 3 groupes de patients : ceux utilisant le système avec des annonces de repas appropriées (anticipées, avec de bons comptage de glucides), ceux qui faisaient des annonce inappropriées (retardées ou oubliées) et ceux ne faisant aucune annonce. Le temps passé dans la cible en moyenne dans ces 3 groupes était respectivement de 72.63 %, 62.8 % et 68.7 % et la moyenne glycémique à 154mg/dl, 170mg/dl et 162mg/dl. Autrement dit, le système fonctionne mieux sans annonce de repas qu'avec de mauvaises annonces !

Enfin, le Pr Breton a expliqué les nouveaux systèmes d'intelligence artificielle en cours de mise au point, qui utiliseront des systèmes prédictifs en multi couches. Les 1ers résultats en boucle fermée semblent très prometteurs et devraient être prochainement publiés. Amis diabétologues : L'avenir de la recherche en diabétologie passera par les mathématiques.

LE SYMPOSIUM ENTRED

Au cours d'un symposium dédié, il nous a été présenté au cours du congrès de la SFD 2023, les 1ers résultats de l'étude ENTRED (Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques).

Il s'agit de la 3e édition de l'étude ENTRED lancée par Santé publique France en partenariat avec l'Assurance Maladie, la Sécurité sociale des Indépendants, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

Elle a pour objectif de mieux connaître les besoins et le suivi des personnes diabétiques en France (diabétiques de type 2, DT2 et diabétiques de type 1, DT1).

Après une 1ère étude ENTRED entre 2001 et 2003, une 2ème étude ENTRED 2 entre 2007-2010, la 3e édition a été lancée en 2019. La méthodologie était similaire avec le couplage de 3 sources de données : des questionnaires auprès des personnes, auprès de leur soignant et auprès des données SNDS (hospitalisation, parcours). Environ 13000 personnes diabétiques ont été tirés au sort avec un sur-échantillonnage des DT1 en métropole et de l'Outre-Mer (OM).

Parmi les 1ers résultats principaux, on retient :

- Des caractéristiques démographiques et socioéconomiques très disparates entre les patients DT1 et DT2.
- Un sexe ratio stable : 57 % d'hommes DT1 en métropole, 55 % d'hommes DT2 en métropole.
- Un âge : médian au diagnostic des DT1 de 21.8 ans, des DT2 de 53 ans avec un âge à l'inclusion de 2 ans de plus que dans ENTRED 2 (reflet de l'espérance de vie ?).
- Une catégorie socio-économique de niveau moindre chez les DT2 que chez les DT1 en métropole et un écart encore plus marqué en OM.
- Un niveau d'HbA1c, en métropole, de 7.7 % en moyenne pour les DT1, et 7.2 % parmi les DT2.
- Des Facteurs de risque dont un surpoids/obésité chez près de 50 % des DT1 et 80 % des DT2.

Au total, au sein de ces résultats préliminaires, la population des patients diabétiques en France vieillit avec une plus grande ancienneté du diabète de 2 ans et la présence fréquente à très fréquente de facteurs de risque dont le surpoids/obésité de façon associée (50 % des DT1 ??!).

Il existe, en perspective, de nombreuses autres informations à étudier, le niveau de contrôle des facteurs de risque, la qualité de vie, l'adhérence thérapeutique, le retentissement personnel et professionnel...

Il a été proposé à la fin de la session, en doux rêve, la possibilité d'un registre des diabétiques Français par la SFD ce qui permettrait de se rapprocher des besoins de cette population.

La parole au SEDMEN… Mais c'est quoi ce SEDMEN ?!!!

Dr Nathalie GERVAISE
Endocrinologue-diabétologue, Tours
Présidente du SEDMEN

Le SEDMEN est le syndicat représentatif de tous les médecins spécialistes en Endocrinologie - Diabétologie - Maladies Métaboliques et/ou Nutrition, libéraux comme hospitaliers. C'est le seul syndicat défendant notre spécialité.

À quoi sert l'engagement syndical ?

Bien que souvent mal connu et compris, le syndicalisme médical est primordial pour la défense des intérêts professionnels et matériels des membres, la promotion de la spécialité notamment dans la définition de ses champs d'action, l'amélioration des conditions d'exercice, en relation avec les syndicats transversaux lors des négociations et discussions techniques avec les instances ministérielles et tutellaires.

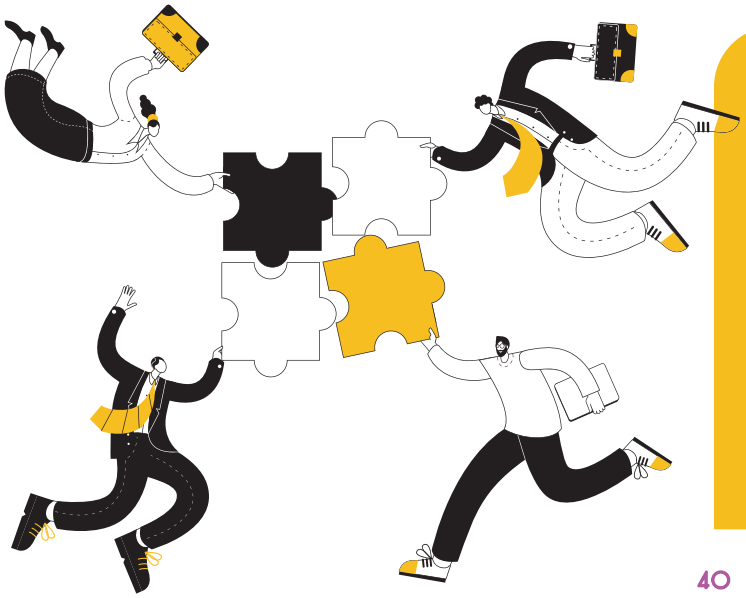
Le syndicat est le vecteur essentiel d'informations professionnelles validées, délivrées avec la pédagogie nécessaire… La communication technocratique des instances est souvent nébulleuse pour les non-avertis…

Le SEDMEN participe à la cohésion de la spécialité qu'il représente dans tous ses modes d'exercice, tant libéral qu'hospitalier et hospitalo-universitaire, à tous les stades d'expérience (les internes EDN sont les bienvenus…), et veille à son organisation et à la solidarité en son sein.

Parmi de nombreux exemples, le SEDMEN est un interlocuteur de l'instance Européenne des spécialités médicales (UEMS) et participe aux travaux sur l'uniformisation des maquettes en UE.

C'est également un interlocuteur essentiel du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour la qualification des médecins à notre spécialité, s'ils possèdent un diplôme différent ou sont d'origine étrangère… Le SEDMEN est resté en lien étroit avec les grandes centrales syndicales (Claude Colas, Vice-Présidente AVENIR SPE-LE BLOC, Nathalie Gervaise, membre des spécialistes CSMF, Edouard Ghanassia qui travaille avec plusieurs syndicats pour la défense du couplage Consultation – Echographie thyroïdienne…) tout au long de la procédure des négociations conventionnelles… dont on connait l'issue…

C'est le SEDMEN qui lors de la mise en place d'un avenant lors de précédentes négociations a obtenu la création de la MCE (Majoration de Consultation d'Endocrinologie, tarif à 22€)… Nous veillerons à ce qu'elle soit préservée voire étendue (idéalement à l'ensemble des consultations…) lors de la reprise des discussions. L'objectif essentiel également de notre spécialité (et pas seulement en libéral...) est d'obtenir des conditions décentes pour le couplage consultation-échographie !



L'agenda du SEDMEN

Après quelques années compliquées, notamment par la crise COVID, le SEDMEN va relancer sa communication.

Le renouvellement du Conseil d'Administration est prévu lors de la prochaine Assemblée Générale, lors des Journées Guéritée. Cette AG sera précédée d'une AG Extraordinaire afin de proposer une adaptation des statuts aux nouvelles conditions d'exercice.

Une campagne d'adhésion par email va très prochainement être lancée : votre adhésion est indispensable, c'est ce qui nous donne du poids face aux instances et grandes centrales syndicales.

Nous avons besoin de vous ! …
comme vous avez besoin de nous…

www.sedmen.org

Les négociations conventionnelles 2023 vues par une militante

Depuis 1987, date de reconnaissance de la spécialité et de l'accès à la CS, les honoraires tout comme les revenus des Endocrinologues – Diabétologues – Nutritionnistes libéraux sont parmi les plus faibles des médecins libéraux, généralistes et spécialistes confondus.

Dr Claude COLAS
Endocrinologue-diabétologue, Paris
SEDMEN et Avenir Spé

Grâce à l'avenant 9 qui a accordé à la spécialité une MCE à 22 euros et un APC à 55 euros, les revenus des endocrinologues ont sensiblement augmenté tout en restant très en deçà des revenus des autres spécialités :

	Secteur 1		Secteur 1		Total Secteur 1 et Secteur 1		Evolution BNC 2020/2019		
	Nombre	BNC moyen	Nombre	BNC moyen	Nombre	BNC moyen	Secteur 1	Secteur 2	Sect. 1 + Sect. 2
Endocrinologie	294	55 026 €	464	62 892 €	758	59 841 €	-1,50 %	+4,82 %	2,42 %

Réf. CARMF Statistique réalisée à partir des déclarations enregistrées au 01/01/2022.

Nous attendions beaucoup des négociations conventionnelles et espérions même une revalorisation de notre MCE. Mais le constat fut amer et brutal : rien pour notre spécialité clinique.

Une double peine en somme, une revalorisation de 1,5 euros pour tous les actes, une inégalité d'augmentation entre les médecins qui ne peuvent accéder au contrat d'engagement territorial et ceux qui le pourraient, soit moins de 40 % d'entre nous puisque nous sommes plus de 60 % en S2.

La préférence donnée au S1 tant du point de vue de la revalorisation des consultations complexes et de l'exercice via le CET (Contrat d'Engagement Territoral) pénalise grand nombre d'entre nous.

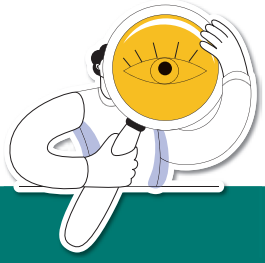
Que dire de l'absence de reconnaissance de notre engagement auprès des patients diabétiques et du temps que nous leur consacrons grâce aux nouvelles technologies et à l'émergence de nouvelles thérapeutiques qui imposent un minimum d'éducation thérapeutique, puisque nous ne pouvons pas coter plus d'une MCE par an ?

Face à la pénurie de médecins traitants pour les patients diabétiques de type 1 et de type 2, nous avons été capables (et nous le serons toujours), en notre qualité de spécialiste, d'assurer cette relève logique qui, à ce jour, n'est pas encouragée.

Si l'engagement territorial est décliné de manière uniforme pour toutes les spécialités.

Il nous semble évident qu'il faut le différencier en fonction de l'exercice de chaque spécialité : aux médecins généralistes qui souhaitent exercer en zone sous dense une aide financière et pas de pénalité pour les spécialistes qui n'ont pas d'autre choix que d'exercer dans une zone où d'autres spécialistes exercent…

Notre souhait se porte donc sur une valorisation de la MCE à 30 euros quel que soit le lieu d'exercice ainsi que son élargissement pluriannuel pour les actes réclamant toute notre expertise clinique, une valorisation décente de l'association acte technique/acte clinique et non 15 euros comme proposés au cours des négociations, soit nettement en deçà de la CS.



POINT DE VUE DE LA RÉDACTION

Initialement prévu pour vous présenter le résultat des négociations conventionnelles, nous n'avions pas prévu que celles-ci aboutissent à un consensus sur… une non-signature. Pour beaucoup de libéraux, les coulisses des négociations sont obscures et encore plus pour les internes.
Certains y voient comme une pierre dans le jardin de la médecine libérale et cela peut contribuer à la peur de certains de s'y engager.

Pourtant, sachez que même les services hospitaliers sont concernés car le montant des consultations est scruté de près par les directions des hôpitaux et peuvent en résulter des moyens supplémentaires ou non… moyens humains, moyens techniques.
Nous encourageons donc l'ensemble de nos lecteurs à s'intéresser à ce pan parfois ardu de notre réalité professionnelle et cette rubrique sera régulièrement fournie en articles dont le but sera de vous éclairer, voire de vous faire envisager les moyens d'action dont chacun, de son côté dispose.

Les stages d'interne en libéral
D'ou venons-nous ?

En 2016, alors que s'annonçait les réformes des 3 cycles d'études médicales et, donc la R3C (réforme du 3ème cycle), l'accueil des internes de spécialité en libéral connaissait déjà ses premières initiatives locales.
Il existait déjà des postes en établissements privés mais dont le fonctionnement, certes en milieu libéral, n'était, pour les internes, qu'une transposition de ce qu'ils vivaient dans les centres hospitaliers.

Dr Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue, Echographiste
Sète, Paris

Plus intéressant étaient les stages en pédiatrie et en gynécologie. En effet, rendus obligatoires dans le cursus de l'internat de médecine générale, les capacités d'accueil en CH et en CHU ont été rapidement dépassées et les Départements de Médecine Générale ont donc pris l'initiative de se tourner vers les médecins libéraux, gynécologues et pédiatres, pour accueillir les internes de médecine générale. Fort logiquement, les internes de spécialité ont mal vécu ce qu'ils considéraient comme une inéquité et certaines facultés, dont celle de Montpellier à l'initiative des Pr LAMBERT, MORIN et AMOUYAL, ont mis en place, dans un esprit gagnant/gagnant, l'accueil des internes de pédiatrie et de gynécologie médicale en libéral.

Quelques années plus tard, on constate un engouement croissant pour ce modèle et, finalement, un constat rassurant pour les coordonnateurs de DES dont les services n'ont pas été vidés d'internes qui, au contraire, revenaient parfois enrichis de cette formation.

À la même époque, Tours ouvrait 5 spécialités (pneumologie, pédiatrie, psychiatrie, radiothérapie, urologie) et Toulouse accueillait, hors de ce contexte, les internes en gynécologie médicale. Et dans le reste de la France, à Nancy et à Bordeaux, les premiers Maîtres de Stage Endocrinologues accueillaient leurs premiers internes.

Alors chargé par l'URPS Occitanie de ce dossier, ayant rencontré le doyen de l'époque et le responsable du 3ème cycle, ces derniers avaient eu, sans se concerter, la même phrase: "il va falloir préparer le changement de mentalités et celui-ci est à 5 vitesses". La suite, que nous vivons actuellement, leur donne totalement raison.

En 2017, pourtant, dans la revue du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Pr Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, écrivait : "la formation ne peut plus aujourd'hui restée hospitalo-centrée (...) nous avons ouvert 7 spécialités(...) et tâchons de convaincre les autres collèges de l'intérêt de ces stages mais cela demande de lever un certain nombre de freins, culturels notamment. Certains de mes collègues n'envisagent pas la formation autrement

qu'hospitalo-centrée. Nous sommes là pour préparer les étudiants aux différents modes d'exercice de la médecine et pas seulement hospitalière. Pour que des jeunes médecins s'installent en libéral, il faut leur donner envie et, donc, leur faire expérimenter la médecine de ville. Par ailleurs, notre système de santé est engagé dans un virage ambulatoire et les facultés doivent intégrer cette notion". Une telle clairvoyance était stupéfiante à l'époque et force est de constater qu'elle a commencé à faire son chemin, faisant apparaître du coup de façon plus contrastée l'hétérogénéité plus que des pratiques mais des mentalités.

Pourtant, et nos collègues de médecine générale le vivent depuis plus de 20 ans, l'enseignement pratique, le compagnonnage donne de nouvelles lettres de noblesse à la médecine libérale. C'est un modèle qui fonctionne de façon largement éprouvée. Il s'agit d'un modèle clairement gagnant/gagnant. Outre le plaisir de transmettre son savoir-faire à son apprenti, cela permet aussi au médecin de rencontrer un futur remplaçant, collaborateur voire un futur associé, de bénéficier aussi d'une acquisition de connaissance plus récente qui, en synergie avec l'expérience du Maître de stage peut déboucher sur une nouvelle vision des prises en charge. Sans compter un gain financier puisque les consultations des internes sont facturées comme une consultation du maître de stage (rien de moins que ce qui est pratiqué quotidiennement et depuis toujours à l'hôpital). À l'époque, le leitmotiv était "il n'y a pas de demande des internes". En réalité, il était notoire qu'il y avait des pressions - plus ou moins implicites - et que les demandes des internes existaient bien mais en off et anonymes.

L'enseignement pratique, le compagnonnage donne de nouvelles lettres de noblesse à la médecine libérale. C'est un modèle qui fonctionne de façon largement éprouvée.

Le sondage récent réalisé par l'ANIDEN démontre bien (avec un chiffre de 96 % sur 113 réponses reçues) cette demande réelle des internes.

Où en sommes-nous en 2023 ?

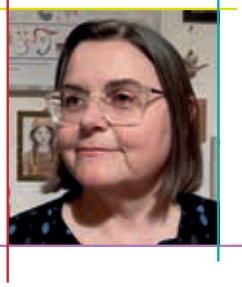
C'est sur cette question que s'ouvre ce dossier. De plus en plus de libéraux sautent le pas. Certains visionnaires comme nos collègues de Lyon ou de Strasbourg nous font partager leur expérience et nous livrent les clés de leurs parcours. Les internes nous livrent un retour d'expérience clairement positif et, à travers un sondage inédit par sa nature et son ampleur, nous exposent leurs ressentis et leurs attentes, à la hauteur de l'enjeu. Ils nous demandent, nous, libéraux, de les accueillir et de les former.

À nos collègues : Après avoir lu ce dossier, j'espère que vous vous poserez juste ces 3 questions : avez-vous envie de devenir Maître de Stage ? Acceptez-vous encore que l'on vous en empêche et que l'on empêche les internes ? Souhaitez-vous que la FENAREDIAM et l'ANIDEN vous guident ? Si la réponse à ces deux premières questions se jouera dans le secret de vos choix, la réponse à la troisième est déjà connue : un groupe de travail des 2 associations que l'on souhaite en collaboration avec vos associations locales travaille à pouvoir vous livrer la solution quasiment clé en main. Nous souhaitons en discuter de vive voix avec les 2 Collèges d'Enseignants afin de travailler en harmonie autour des futurs duos Maître de Stage/internes.

Aux internes : Merci d'avoir exprimé votre voix… cette voix qui était le chaînon manquant et qui maintenant nous porte tous…

Regards croisés du stage en libéral de l'interne spécialisé en Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition

Dr Laurent MEYER
Endocrinologue-diabétologue
Strasbourg



Dr Sylvie BOULLU-SANCHIS
Endocrinologue
Strasbourg

Dr Luc RAKOTOARISOA
Endocrinologue
Strasbourg

Dr Clémentine DILLMANN
Endocrinologue
Strasbourg

Un stage en libéral pour les internes en EDN ? Mais pourquoi faire et comment faisons-nous ?

Nous souhaitions vous faire partager nos réflexions et expériences d'accueil d'un.e interne EDN en stage en cabinet libéral, avec les avis de 2 médecins spécialisés en EDN Maître de stage universitaire et 2 internes ayant fait ce stage.

Présentation de notre cabinet : Le Centre d'Endocrinologie Maladies Métaboliques (CEMM) est un cabinet spécialisé de plusieurs endocrinologues, situé à Strasbourg, créé en 1986 par 3 confrères qui s'est enrichi passant à 4 puis à 5 endocrinologues. Les endocrinologues ayant fondé ce cabinet sont maintenant en retraite, mais nous sommes toujours 5 à ce jour. Trois d'entre nous ont une activité mixte entre le CHU et l'activité libérale et deux ont une activité exclusivement libérale.

Comment nous accueillons des internes EDN depuis le stage de novembre 2019, d'abord des internes en phase de consolidation puis depuis 2021 des Docteurs Junior. Le stage est mixte, partagé entre un mi-temps d'activité hospitalière au CHU et un mi-temps d'activité au cabinet sur la base de 2 jours / 3 jours alternant chaque semaine.

Les activités au cabinet : Le 1er mois accompagnement des consultations des 2 maîtres de stage, familiarisation avec les activités du cabinet : cytoponction échoguidée, télésurveillance, activité d'éducation thérapeutique avec l'infirmière salariée ; apprentissage des particularités de l'activité libérale notamment la cotation des consultations et des actes.

Puis l'interne assure des consultations seul, toujours dans un temps de présence du maître de stage, il peut prendre avis pendant le temps des consultations si nécessaire. L'interne assure 6 à 10 consultations par jour en moyenne par semaine. Les courriers sont systématiquement revus avec le maître de stage ; les dossiers sont revus 1 fois par semaine. Si l'interne le souhaite, il peut réaliser et se familiariser aux cytoponctions échoguidées. Il participe à la télésurveillance (mydiabby des diabètes gestationnels et de patients diabétiques intégrés dans un programme type ETAPES).

Pourquoi accueillir un interne EDN en stage libéral ?

Dr Sylvie Boullu Sanchis : J'ai découvert la possibilité d'exercer l'endocrinologie en libéral, à l'occasion d'un remplacement pendant mon internat. À l'époque l'image de l'activité en libérale que l'on pouvait percevoir à la lumière de nos stages hospitaliers était plutôt négative. Cette expérience m'a appris que cette activité pouvait être aussi enrichissante et intéressante que celle que je percevais à partir de mon activité à l'hôpital. J'ai apprécié pendant mon clinicat, l'activité d'enseignement aux externes et aux internes et avec mon activité vacataire au CHU je garde ce contact de partage du savoir-faire avec les plus jeunes. Aussi, quand il a été possible d'accueillir un interne en stage libéral, j'ai été très intéressée de pouvoir le faire et de pouvoir transmettre la faisabilité de l'activité libérale.

Dr Laurent Meyer : Notre spécialité concerne de multiples pathologies qui peuvent être prises en charge en ambulatoire. Cette pratique de l'endocrino-diabétologie ambulatoire peut donc être parfaitement compatible avec un exercice libéral. Il était donc naturel pour moi d'accueillir des internes dans notre cabinet de groupe, mon activité hospitalière de PH à mi-temps me permettant d'être en permanence au contact des internes en formation. C'est grâce à ces contacts étroits que le poste d'interne EDN mixte libéral-hospitalier a pu être co-construit et validé par l'ARS en 2019.

Dr Luc Rakotoarisoa : J'ai eu l'opportunité de découvrir le suivi et la prise en charge en libéral des patients en endocrinologie et en diabétologie au sein du CEEM lors d'un stage en phase de consolidation. Il est fort intéressant d'avoir un tout nouveau point de vue de la pratique de notre exercice d'endocrinologue diabétologue en dehors de la situation hospitalière.

Dr Clémentine Dillmann : Ce stage m'a permis de découvrir et de « vivre » le fonctionnement d'un cabinet libéral, qui je l'avoue demeurait plutôt abstrait dans mon esprit jusqu'alors. Ce fut enrichissant de travailler au contact de praticiens ravis de transmettre leur expérience de l'activité libérale et leurs habitudes d'exercice parfois différentes du CHU. De plus, avoir fait ce stage en dernière année d'internat m'a permis d'avoir suffisamment de connaissances pour être à l'aise et autonome en consultation où le raisonnement diagnostique et thérapeutique doit être plus rapide qu'en hospitalisation. Avec une activité de consultation en parallèle, il était aisé de discuter des dossiers difficiles le plus souvent « en direct ». Finalement cela m'a rassuré sur la faisabilité de l'exercice libéral et l'intérêt que peut avoir la collaboration avec d'autres praticiens pour permettre un échange intellectuel et partager les tâches de gestion administrative du cabinet. Ce stage permet également de confirmer ou infirmer son attrait pour l'exercice libéral et m'a permis de bénéficier de conseils pour une éventuelle installation future.

Points positifs du stage de l'interne EDN en libéral

Dr sylvie Boullu Sanchis : La découverte de l'exercice en libéral permet de se préparer à une possible activité libérale ultérieure ; de se questionner sur le mode d'exercice libéral que l'on souhaiterait ; de se rendre compte que c'est « faisable ». Cela peut être aussi l'occasion de voir des situations médicales ou des prises en charge pas toujours rencontrées dans le cadre de l'activité hospitalière. Par ailleurs, pour moi maître de stage, c'est l'occasion de remettre en question ma façon de procéder et d'échanger ; la vision de la pratique de médecins plus jeunes que moi est tout à fait enrichissant et stimulant.

Dr Laurent Meyer : Enseigner au quotidien nécessite d'être irréprochable sur la démarche diagnostique, l'approche thérapeutique mais aussi d'un point de vue humain. L'accueil d'un.e interne pousse ainsi à parfaire ses connaissances et à optimiser la prise en charge des patients afin de transmettre au mieux la pratique de notre spécialité en ambulatoire. Le mois d'observation initial puis les consultations réalisées par l'interne seul.e et discutées secondairement obligent à aborder tous les points théoriques (conseils à donner, traitement médicamenteux…) mais également pratiques de la consultation (ordonnances, remise de documents, éducation thérapeutique, feuille de soins…).

Dr Luc Rakotoarisoa : J'ai eu la chance de pouvoir avoir deux activités : prise en charge supervisée de patients lors des consultations que j'ai réalisées et un suivi de nos maîtres de stages lors de leurs propres consultations. Cela a permis d'avoir un autre point de vue sur la façon d'aborder les différentes pathologies mais aussi le relationnel avec le patient. Bien que les temps de discussion restent assez limité, les maîtres de stages restent globalement disponibles.

Dr Clémentine Dillmann : Découvrir le fonctionnement d'un cabinet libéral en y travaillant est très instructif : s'entraîner à un rythme soutenu de consultations, s'exercer à la cotation des actes, observer la gestion des salariés (secrétaires, IDE…), se familiariser à la gestion de patients en ambulatoire et notamment de prendre conscience que certaines pathologies comme la découverte d'un diabète de type 1 dont j'estimais qu'une hospitalisation était nécessaire, peuvent dans bon nombre de cas être prises en charge en ambulatoire. En plus d'être confronté à certaines problématiques médicales peu fréquemment rencontrées à l'hôpital, ce stage m'a également permis de développer mes compétences en éducation thérapeutique et en diététique, tâches qui sont habituellement réalisées par les infirmières et diététiciennes en milieu hospitalier.

Points négatifs du stage de l'interne EDN en libéral

Dr sylvie Boullu Sanchis : Le temps partagé entre le cabinet et l'hôpital est potentiellement plus difficile, avec alternance de fonctionnement un jour sur 2, mais cela peut être aussi un entrainement aux capacités d'adaptation ! Le temps disponible pour discuter des dossiers est limité et potentiellement trop court, mais nous sommes disponibles et toujours sur place pendant le temps de consultation des internes et nous essayons de consacrer chaque semaine un temps pour revoir des dossiers et discuter de prises en charge particulières.

Dr Laurent Meyer : Le manque de temps à consacrer à chaque dossier discuté et aux autres volets pratiques de la médecine libérale (cotations spécifiques, problèmes administratifs divers, relations avec la CPAM, exploitation approfondie du logiciel médical, assurances professionnelles, prévoyance…). Le fait que l'interne soit au cabinet à mi-temps ne permet pas toujours un suivi parfait de tous ces points.

Dr Luc Rakotoarisoa : Il est parfois difficile de s'organiser entre emploi du temps hospitalier et cabinet. Les temps d'absences mais aussi de présence (limité par l'accès à un box de consultation) doivent être anticipé très à l'avance. Si les consultations se font de manière conjointes (mêmes plages) avec un des maîtres de stages, nous hésitons parfois à venir prendre avis assez rapidement dans la peur de déranger nos superviseurs en pleine consultation. Le rythme de télésuivi devrait être plus défini selon les besoins du patient avec une mise au point avec le maître de stage à temps réguliers.

Dr Clémentine Dillmann : L'alternance un jour sur deux entre le cabinet et l'hôpital n'est pas simple (gardes, réunions hebdomadaires hospitalières de discussion de dossiers difficiles ou de revue bibliographique, suivi des patients hospitalisés…). Possibilité d'alternance un mois sur deux ?

En conclusion

Dr sylvie Boullu Sanchis : Après plus de 3 ans et 6 internes, je reste motivée pour être maître de stage du stage en libéral des internes EDN et j'espère que la pratique pourra se diffuser à toutes les régions.

Dr Laurent Meyer : Il s'agit jusqu'à présent d'une expérience très positive, particulièrement enrichissante pour une spécialité comme la nôtre, les différents internes qui se sont succédés ayant des centres d'intérêt et des approches différents de l'endocrinologie et de la diabétologie. Ces échanges permanents permettent ainsi de remettre en cause certaines certitudes et obligent à s'améliorer continuellement. Cette fonction de MSU est un formidable stimulant dans ma pratique libérale quotidienne.

Dr Luc Rakotoarisoa : Le stage en secteur libéral devrait être indispensable à notre cursus d'internat car permet d'avoir ce point de vue et d'avoir une mise en situation réelle de cette activité dans notre spécialité.

Dr Clémentine Dillmann : Quel que soit le mode d'exercice futur souhaité, je pense que ce stage en libéral est très formateur. Je souhaite à tout interne EDN d'y avoir accès.

Faire une demande d'accueil des docteurs juniors : Mode d'emploi

Dr Annie CLAVIER
Endocrinologue
Lyon

Prérequis

Un docteur junior est un interne en fin de formation qui est déjà thésé, il peut donc assurer des consultations et réaliser toutes les prescriptions.

Il faut disposer d'un bureau car lorsqu'il consulte au cabinet il faut être présent pour l'assister en cas de besoin.

Il faut faire une formation. Pour notre part nous avons fait une formation de 2 jours (dans le cadre d'un DPC) avec l'URPS (c'est le collège des pédiatres qui assure cette formation), nous avons dû avoir une 2e formation de deux demi-journées organisées par la faculté.
Nous avons choisi de réaliser des stages mixtes (mi-temps hospitalier et mi-temps au cabinet), ce qui est moins chronophage (2 jous 1/2 au cabinet et 2j 1/2 à l'hôpital moins les journées de formation, récupération de garde, congès...).
Il y a nécessité de rencontrer le responsable de DES car l'ouverture de ce poste va dépendre de son bon vouloir (il faut en amont que les internes soient demandeurs et l'ai déjà sollicité car lorsqu'un docteur junior vient en cabinet libéral c'est un docteur junior en moins dans un service hospitalier !).

Il faut faire une demande d'agrément auprès de la faculté : Le dossier pour les nouvelles demandes doit être constitué des éléments suivants :

- Formulaire de demande d'agrément complété (dans notre région les formulaires sont disponibles à cette adresse : https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/terrains-de-stage-agrees?parent=8206&rubrique=8204) ; il existe plusieurs formulaires : Médecine générale, autres spécialités, médecins libéraux et 2 documents pour la phase de docteur junior).
- Projet pédagogique rédigé sur papier libre.
- CV du responsable du terrain.
- Il faut faire attention à la date de dépôt de dossier qui est une fois par an (début mars,) il y a ensuite une commission d'agrément qui valide ou non le dossier. Dans notre cas nous avons été agréé pour un an. Il faudra donc que nous demandions un renouvellement.

L'ouverture de poste est faite pour six mois, on peut décider à chaque semestre d'ouvrir ou non le poste en fonction de nos impératifs personnels.
Nous ne choisissons pas vraiment le docteur junior qui viendra au cabinet puisque ce choix est fait par le service hospitalier le recevant en même temps que nous (il y a donc tout intérêt à être en bons termes avec le chef de service si l'on veut prioriser certaines personnes).

En pratique, ce stage se déroule en plusieurs phases :

1. *Une première phase observationnelle* ou le docteur junior prend connaissance du logiciel, du mode de fonctionnement du cabinet...
2. *Une 2e phase de consultation à quatre mains* (le médecin responsable consulte mais le docteur junior va donner les explications sur la pathologie, les traitements, il va faire l'examen clinique…) puis le docteur junior va consulter et le médecin responsable sera uniquement en situation d'observation.
3. *Une 3e phase où le docteur junior va consulter seul* mais nous sommes dans l'obligation de vérifier ses prescriptions, relire le courrier réalisé.

Dans la pratique, nous alternons dans une même journée des consultations mixtes et des consultations en autonomie.

Conseils

De notre côté notre pool de patients étant déjà extrêmement important, il faut faire attention à ce que le docteur junior ne voit pas trop de nouveaux patients si l'on ne veut pas augmenter encore notre patientelle et augmenter notre chiffre d'affaire de façon trop importante.

La décision qu'un patient soit vu ou non par le docteur junior se fait le plus souvent lorsque le patient arrive, pendant ce temps nous pouvons nous avancer sur des tâches administratives, courrier, biologie, télésurveillance… ce qui permet d'être beaucoup plus confortable tout en étant rémunéré (le docteur junior va facturer les actes au même prix que ce qui est habituel dans le cabinet).

Le docteur junior a également des consultations qui sont prévues à l'avance (patients devant être revus plus rapidement du fait d'un déséquilibre glycémique, diabète gestationnel, « urgence », consultation de suivi de patient qui ont été vu en consultation à 4 mains notamment après mise en place d'une insulinothérapie…).

Nous sommes un cabinet de groupe de quatre endocrinologues, trois d'entre nous assurent l'accueil par demi-journée. Si l'une d'entre nous est absente, un des autres médecins du cabinet va pouvoir prendre le relais. (Nous n'avions pas vraiment l'habitude de nous coordonner pour les absences : il faut maintenant qu'on le fasse de façon à ce qu'il y ait toujours quelqu'un de présent !).

Témoignage d'Alexandra, qui a réalisé son stage à Angers

Angers est une petite subdivision avec seulement 2 terrains de stages agréés à titre principal EDN (EDN au CHU et EDN en périph au Mans). Sur les 6 stages EDN de la maquette R3C on en fait 1 au Mans, 1 hors subdivision et les 4 autres au CHU. Dans ce contexte, l'ouverture d'un terrain de stage supplémentaire agréé EDN, me semble assez facile à justifier.

Nous avons, sur Angers, 2 cabinets libéraux d'endocrinologie, chacun géré par 2 anciens CCA du CHU d'Angers qui sont désormais maîtres de stage. Le financement du stage en libéral est fait par l'ARS auprès des maîtres de stage et du CHU qui rémunère l'interne. Nous avons pu négocier le financement d'un ½ interne par an, permettant un stage partagé entre EDN au CHU et libéral par semestre.

Le stage en libéral a été mis en place pour la première « fournée » de Dr Junior en novembre 2020. L'an dernier, l'interne concerné par le stage faisait le début de semaine au CHU et la fin de semaine se partageait entre les 2 cabinets libéraux (1.5 jour chez l'un, 1.5 jour chez l'autre). Ceci a permis à nos 2 Dr Junior de chacun faire un semestre partagé libéral sur les 2 cabinets. Mais il en est ressorti des difficultés d'organisation en plus pour l'interne concerné et un manque de stabilité du poste pour prendre ses marques. En novembre 2021, notre coordinateur de DES a donc décidé que l'interne en partagé ne serait que sur un seul cabinet libéral par semestre ce qui est bien plus stable et plus simple pour prendre ses marques et être à l'aise dans le cabinet.

Pour la partie au CHU : L'organisation en demi-semaine, nécessite pour l'interne, un poste au CHU facilement remplaçable par un autre interne ou par un chef ce qui doit s'anticiper en amont.

Pour la partie en libéral : Notre stage commence par une phase de quelques semaines d'observation pour appréhender le logiciel, le fonctionnement du cabinet, gérer la carte vitale, les cotations, etc. Puis on se jette dans le grand-bain du remplacement avec la sécurité d'avoir toujours un maître de stage disponible sur place ou par téléphone en cas de question/hésitation/difficulté.

Mon retour personnel : Il s'agit d'un stage extrêmement formateur à la fois sur le plan pratique parce qu'on ne peut pas savoir comment ça se passe en libéral sans en avoir fait, mais aussi sur le plan théorique parce que les motifs de consultation ne sont pas les même qu'au CHU, et surtout sur le plan humain avec beaucoup de réassurance et d'éducation thérapeutique (certains patients viennent juste pour qu'on leur explique pourquoi leur bilan thyroïdien se modifie ou pourquoi ils n'arrivent pas à perdre du poids). C'est plus sécuritaire que le remplacement parce qu'on n'est jamais seul, que nos courriers sont systématiquement relus et qu'on a un retour par nos maîtres de stage qui parfois rappellent les patients pour nous quand on a oublié quelque chose. Je trouve que c'est une très bonne expérience pour un interne et ça devrait se généraliser à toutes les subdivisions.

Il s'agit d'un stage extrêmement formateur à la fois sur le plan pratique mais aussi sur le plan théorique…

Et qu'en pensent les internes ? Est-ce vraiment leur souhait ?

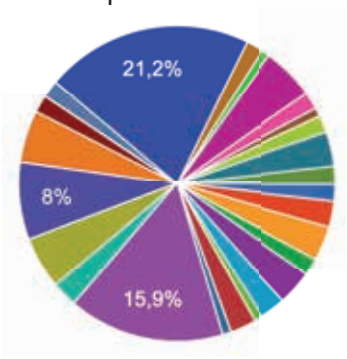
Sondages ANIDEN sur l'accès au libéral pour les internes d'EDN

113 réponses au sondage sur l'accès au libéral

Maurine ALLARD
Interne d'endocrinologie-diabétologie-nutrition
Université Rennes 1
CHU Rennes

Subdivisions représentées

De quel subdivision viens-tu ?
113 réponses



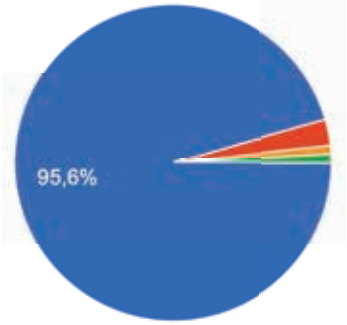
- Amiens
- Angers
- Antilles-Guyane
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermond-Ferrand

- Amiens 1,8 %
- Angers 2,7 %
- Antilles-Guyane 3,5 %
- Besançon 1,8 %
- Bordeaux 3,5 %
- Brest 2,7 %
- Clermont 0,9 %
- Dijon 2,7 %
- Grenoble 0,9 %
- Lille 15,9 %
- Limoges 2,7 %
- Lyon 5,7 %
- Marseille 8%
- Montpellier Nimes 5,3 %
- Nancy 1,8 %
- Océan Indien 1,8 %
- Paris 21,2 %
- Poitiers 1,8 %
- Reims 0,9 %
- Rennes 5,3 %
- Rouen 1,8 %
- Saint Etienne 0,9 %
- Strasbourg 1,8 %
- Toulouse 3,5 %
- Tours 1,8 %

Donc toutes les subdivisions sont représentées.

Souhait des internes

Souhaiterais-tu réaliser un stage en libéral (chez un endocrinologue-diabétologue ou nutritioniste installé en ville) ?
113 réponses



- Oui
- Non
- Stage fait
- Peut-être

Modalités demandées

- 45 % : stage couplé 3 mois CHU ou CH et 3 mois libéral pendant le Docteur Junior.
- 28,4 % : stage couplé 3 jours CHU ou CH et 2 jours en libéral pendant le Docteur Junior.
- 18,3 % : stage libre de 6 mois durant la phase d'approfondissement.
- 6,4 % : stage de 6 mois pendant le Docteur Junior.
- Autres minoritaires :
  - 6 mois pendant le Docteur Junior (6,4 %)
  - 3 mois durant la phase d'approfondissement. (1,8 %).

3 constats

1. 32,5 % envisagent un stage de 6 mois plein dont près de 20 % durant la phase d'approfondissement. Sur le modèle de la médecine générale et de la gynécologie médicale, ils estiment que ce stage peut donc leur apporter quelque chose dès cette phase et que ce sont 6 mois en immersion qui leur permettront, comme à l'hôpital, d'appréhender leur environnement de travail.
2. 45 % préfèrent que le stage partagé le soit à l'échelle d'un trimestre plutôt que d'avoir une semaine interrompue.
3. Le constat principal est le suivant : il faut adapter les modalités de stage au projet professionnel des internes.

Quelles sont les attentes des internes de ce stage ?

- Gestion des pathologies de consultation, différentes de celles du CHU qui peuvent être surspécialisés (et surtout auxquelles nous avons peu accès en termes de disponibilité) : thyroïdologie, aménorrhée, diabète tout venant.
- Découvrir le fonctionnement du libéral, ses avantages et inconvénients, la répartition des consultations.
- Gestion administrative en libérale : contraintes administratives, timing des consultations, horaires, tarification, location ou acquisition d'un cabinet, exercice professionnel seul ou en structure commune, charge de travail, salaire, échange sur les modalités d'installation.
- Découvrir les relations interprofessionnelles entre le libéral et le CHU (lien ville-hôpital).
- Autonomisation en consultation.
- Découvrir / confirmer une orientation de carrière.

Attentes versus réalités…

Malgré un grand engouement des internes pour le libéral, 85 % des internes n'y ont pas accès dans leur internat, soit 1 interne d'EDN sur 6, alors qu'ils seront 1 sur 2 à s'installer en libéral. Seules 15 % des subdivisions proposent un stage en libéral, et seulement 9 % des internes interrogé.es ont pu réaliser un stage en libéral ou ont prévu d'en réaliser un.

Qui sont les bons élèves ?

- Paris
- Amiens
- Strasbourg
- Poitiers
- Brest
- Lyon
- Angers
- Limoges
- Antilles-Guyane

Mais pourquoi une telle discordance entre souhait des internes et réalités locales ?

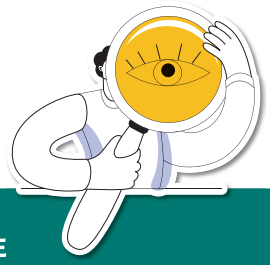
Les freins identifiés :
50 % : Blocage par les coordonnateurs locaux.
50 % : Manque de maître de stage.
Autres : Difficultés à créer le stage.

Des retours ?

Peu de retours de la part des internes qui ont pu vivre ce stage, mais parmi ceux interrogés, ils ont trouvé le stage très intéressant et très formateur, notamment sur la prise en charge des pathologies thyroïdiennes. 93 % des internes se disent satisfaits à très satisfaits de ce stage.

En conclusion : une ambition ?

Notre souhait serait que lors de l'accueil des nouvelles promotions en novembre 2023, un stage en libéral puisse être proposé par subdivision ou, tout du moins, que sa création soit en bonne voie d'aboutissement.



POINT DE VUE DE LA RÉDACTION

À l'image d'une étude d'intervention, les deux points de blocage évoqués le sont en analyse univariée. En analyse multivariée, il apparait évident que les Maîtres de Stage potentiels ne prendront pas le temps de remplir un long dossier et de s'engager dans le parcours s'ils savent qu'il existe un blocage en amont et que des tensions vont explicitement se faire jour. Le blocage par les coordonnateurs explique donc fort logiquement en partie le manque de maîtres de stage et d'initiatives à l'échelle locale. Il revient de la responsabilité des facultés et des collèges d'enseignants de légiférer pour que l'offre de stage ait toutes les chances d'être homogène sur le territoire. La FENAREDIAM et l'ANIDEN sont conscients, après de nombreux échanges avec la présidente du Collège des Enseignants, du manque de postes offerts pour le DES EDN et milite à leur côté pour élargir le nombre de postes… tout en demandant à ce que les initiatives déjà créées dans les territoires "bons élèves" soient élargies à l'ensemble de la France.

La parole à la FENAREDIAM

FENAREDIAM

Lettre ouverte au Ministère de la Santé, à la Direction Générale de la Santé et à la Sécurité Sociale

Madame, Monsieur,

En tant que présidente de la Fenarediam, Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie-diabétologie libérale, je vous écris pour vous faire part des difficultés que notre profession rencontre et vous proposer des solutions. L'endocrinologie traite de pathologies extrêmement fréquentes et qui ont un impact majeur en termes de santé publique, notamment :

- Les maladies de la thyroïde (3 millions de personnes traitées par Levothyrox, 1 femme sur 2 porteuse de nodules thyroïdiens après 50 ans, 40000 opérations de la thyroïde chaque année), mais également ;
- Le diabète (4 millions de patients atteints, 1ère cause de mise en dialyse qui représente près de 2 % du budget de la santé).
- La nutrition (50 % des adultes sont en excès pondéral, 8,5 millions de personnes en situation d'obésité).

Si beaucoup de ces patients sont pris en charge en médecine générale, un nombre croissant va nécessiter l'expertise tantôt ponctuelle, tantôt en suivi des spécialistes endocrinologues du fait :

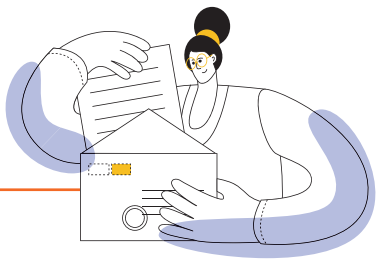
- De l'incidence et de la prévalence croissantes de ces patholoigies, liées au vieiillissement et au mode de vie.
- De la démographie et des difficultés actuelles de la médecine générale.
- De la complexité croissante de la prise en charge liée aux progrès de la médecine et, par conséquent, à l'impérative individualisation des stratégies thérapeutiques mise en exergue dans les recommandations HAS (obésité 2023, thyroïde 2023), consensus (thyroïde 2022) et prises de positions d'expertes récentes (Diabète 2021).

Selon les derniers chiffres du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), en 2022 la France comptait 2092 endocrinologues, soit 3.1 pour 100 000 habitants. Concernant le mode d'exercice, 53 % étaient salariés, 26 % libéraux et 21 % avaient un exercice mixte. Un certain nombre de services hospitaliers ont une activité très spécialisée dans les maladies rares, beaucoup ont transformé leur activité en transitant vers une pratique ambulatoire, mais les tensions que connaissent l'ensemble du système hospitalier en France n'épargnent pas aujourd'hui notre spécialité.

C'est là que l'activité des médecins endocrinologues libéraux prend tout son sens. Néanmoins, alors que la médecine connaît une crise majeure, que les patients peinent à être pris en charge, que l'hôpital est saturé, un certain nombre de règles pour la plupart obsolètes entravent le parcours de soins de ces patients.

1. Initiation des pompes à insuline et des capteurs de glucose en continu en libéral

- La diabétologie a connu d'importantes innovations technologiques ces dernières années, en particulier pour les patients ayant un diabète de type 1 ou de type 2 sous multi injections d'insuline. Ces moyens permettent non seulement d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi leur équilibre glycémique et donc une diminution des complications aiguës (donc des hospitalisations) et chroniques (dialyse, amputation, etc.).
- Néanmoins, le décret de 2006 impose une hospitalisation pour l'initiation de ces systèmes ; en effet, à cette époque, peu de médecins étaient formés ; les usagers n'étaient pas familiers avec le numérique que requièrent ces systèmes ; et on ne disposait pas des systèmes de télésurveillance aujourd'hui largement répandus.
- Or, actuellement, en France, la plupart des services hospitaliers propose l'initiation de ces systèmes en ambulatoire, à l'instar de la quasi-totalité des pays où le système de santé est comparable au nôtre.
- Autoriser les médecins libéraux à utiliser des outils auxquels ils sont formés, habitués, et qui peuvent être utilisés dans toutes les conditions de sécurité est une chance.
- Cet obstacle purement administratif reposant sur un décret obsolète de 17 ans d'âge entraîne un retard de prise en charge, sans compter la lourdeur administrative. Il ne s'agit pas de remplacer mais de compléter l'offre de soins. Il ne s'agit pas d'ouvrir les vannes, mais de permettre aux patients d'être pris en charge par des professionnels de santé compétents, localement et aux équipes hospitalières de libérer du temps pour les patients très complexes. Cela devra naturellement s'accompagner d'un financement avec la proposition d'un acte ou d'un forfait.



2. Le couplage consultation-échographie thyroïdienne

Le nombre de thyroïdectomies indues est une préoccupation des endocrinologues et de la CPAM qui a communiqué sur ce thème dès 2013 et en a fait une priorité dès 2017. Pour préserver la thyroïde, la démarche diagnostique doit reposer sur le couple échographie-cytoponctions pratiqués de façon experte par un endocrinologue formé. Ceci se justifie non seulement sur le plan médical pour préserver les patients des complications, dont le traitement ad vitam qui les fait basculer dans la maladie chronique mais aussi sur le plan économique puisque, à terme, cette attitude est susceptible de diminuer les coûts de santé tout en augmentant la qualité des soins. Or, bien qu'elle soit séduisante, en particulier pour les jeunes confrères, cette démarche ne se développe pas sur le terrain du fait de certains obstacles et ainsi,

- Les chirurgies sont encore trop nombreuses.
- Les échographies thyroïdiennes ne respectent pas toujours les règles édictées par la Haute Autorité de Santé (recommandations de 2021), ce qui peut entraver la bonne conduite à tenir. Par exemple, les échographies réalisées dans le cadre d'un nodule thyroïdien doivent respecter des règles précises, permettre un diagnostic en tenant compte du contexte global, une conduite à tenir (cytoponction quand elle est nécessaire) et une démarche de surveillance réfléchie (qui ne sera pas nécessairement annuelle !).
- Ce sont des consultations longues et certains pratiquent l'échographie sans que cet acte, qui fait entièrement partie de la démarche, ne soit valorisé. Ainsi, 50 % des endocrinologues formés à l'échographie ne la pratiquent pas car, autre règle obsolète, la cotation de l'échographie ne peut être cumulée avec celle de la consultation.

Les dernières négociations conventionnelles avaient proposé un couplage mais avec une majoration menant à une expertise… dévalorisée de 5 euros. À l'heure où les patients peinent à trouver des RDV médicaux, comment peut-on encore accepter de prendre 2 à 3 créneaux différents alors que cela pourrait être réalisé en une seule fois et avec qualité ? En 2023, la démographie médicale est telle que ce genre de pratique est insupportable : nous triplons la longueur de la file d'attente en faisant revenir 3 fois un patient pour être payés à la juste valeur de nos actes. De plus, nombre de nos patients sont des femmes, mères de famille actives, au planning déjà surchargé ont eux-mêmes un quotidien parfois difficile. Pourtant, dans ce cas précis, les spécialistes en EDN feraient faire, comme ils le font tous les jours, des économies au système car :

- Le Couplage échographie+consultation coûterait le même prix à la CPAM que consultation + échographie séparées.
- L'indication de cytoponction serait plus fine et plus aisée avec une unité de lieu et de temps et une démarche qualité correspondante.
- De façon logique, il y aurait moins de thyroïdectomie grâce à l'effet « abstention thérapeutique liée à un diagnostic de bénignité bien établi ».
- Et donc, à terme, cela générerait des économies pour la CPAM avec une juste application du parcours de soins et des recommandations.

3. L'accueil des internes en libéral : Même s'il est théoriquement possible pour les internes en EDN d'effectuer un stage en médecine de ville, les internes n'y ont majoritairement pas accès alors que 96 % d'entre eux expriment le désir d'effectuer un stage en libéral (sondage mené en 2023 par l'association nationale des internes). Les principales raisons, toujours selon les principaux intéressés sont le faible nombre de terrain de stage lié au fait que les coordonnateurs régionaux restent parfois frileux. L'obstacle principal est le faible nombre d'internes non du fait d'un non-choix par les internes mais du fait d'un quota imposé. On en revient aux chiffres initiaux : comment faire face à cette épidémie de maladies chroniques, sans experts formés pour le terrain ? Cela doit donc passer par une augmentation du nombre des Internes et une volonté politique clairement exprimée de leur faire découvrir la médecine libérale durant leur internat.

4. Holter glycémique : L'endocrinologie est une spécialité peu technique. Nous disposons d'outils simples, avec une très bonne acceptabilité, et peu coûteux pour permettre de choisir le bon traitement pour le bon patient. Mais ce système n'est pas pris en charge. Doit-on laisser payer les patients ?

5. Médicaments de l'obésité : Notre spécialité intègre désormais la nutrition, ce qui légitimise l'endocrinologue comme spécialiste de l'obésité. Son rôle est déjà clairement reconnu dans le parcours de chirurgie bariatrique. Néanmoins, nous ne pouvons avoir accès aux médicaments de l'obésité, comme le Wegovy (semaglutide), que, en tant qu'experts, nous connaissons parfaitement, tout autant que les médecins hospitaliers, et pour lesquels nous maîtrisons les indications. Disponible uniquement en ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) et sur initiation par un médecin hospitalier, la grande majorité des patients qui pourraient en bénéficier en sont aujourd'hui privés. Pourquoi ne pas utiliser les outils qui existent déjà pour en contrôler la prescription : demandes d'entente préalable ou bien prescription sur Ordonnance d'exception, uniquement par les médecins spécialistes en nutrition, afin d'en contrôler son utilisation ? Encore une fois, tous les patients n'ont pas l'accès aux soins qui leur sont nécessaires.

Tous les spécialistes en EDN ont reçu une formation complète, dans des services d'excellence, mais nous n'avons pas les moyens d'utiliser notre expertise au service des soins. Les hôpitaux sont exsangues, nos consultations sont pleines, mais nous sommes demandeurs d'améliorer notre organisation, ce qui passe par des moyens non seulement financiers mais aussi et surtout humains, techniques et légaux. Nous espérons pouvoir avancer avec vous.

Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Médecin spécialiste en EDN, Présidente de la Fenarediam

La parole à l'ANIDEN

Lettre ouverte au Ministère de la Santé, à la Direction Générale de la Santé et à la Sécurité Sociale, au Conseil National de l'Ordre des Médecins

Madame, Monsieur,

En tant que présidente de l'ANIDEN, Association Nationale des Internes de Diabétologie, Endocrinologie et Nutrition, et à l'occasion du premier numéro de notre magazine co-rédigé avec les endocrino-diabétologues libéraux de la FENAREDIAM, je vous écris pour vous rapporter le principal souhait des internes d'EDN (endocrinologie, diabétologie, nutrition) : l'accès au libéral.

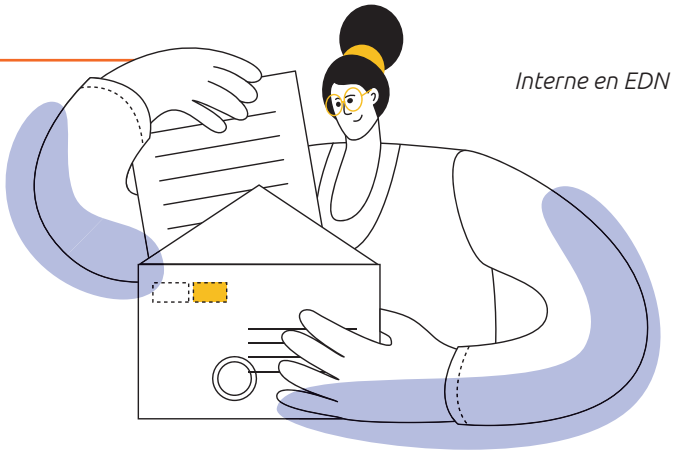
Presque la moitié des internes d'EDN exercera en libéral, cependant seuls 15 % d'entre eux y ont accès durant leur internat (voir notre sondage présenté dans ce numéro). L'EDN libérale prend en charge des patients avec des pathologies très variées que les internes brûlent d'envie de découvrir en consultation de ville et hors du cadre de l'hôpital : diabète, dysthyroïdie, infertilité, adénome hypophysaire, obésité, troubles des conduites alimentaires…

Cependant, un obstacle majeur se pose à nous puisque l'accès au stage en libéral, n'est rendu possible que dans 15 % des subdivisions, en lien avec des blocages administratifs et universitaires. Malgré un soutien important de nos collèges d'enseignants, la mise en place de ces stages reste fastidieuse et restera inégale sur le territoire sans mesure coercitive. Il nous apparaît nécessaire que chaque subdivision rende possible un stage en libéral pour ses internes.

Nous profitons également de cette lettre ouverte, pour remercier le gouvernement qui nous a enfin entendu après de nombreuses années de combat et qui a, en juin dernier, en accord avec nos propositions, modifié les conditions d'obtention de la licence de remplacement telles que décrites à l'Article L4131-2 du code de la Santé Publique, afin que celles-ci soient en accord avec notre maquette. Cette décision va permettre aux internes qui s'étaient fait refuser jusqu'à présent leur licence de remplacement de pouvoir enfin l'obtenir. Cette licence de remplacement est nécessaire pour découvrir le libéral durant l'internat, pour assurer un complément de revenus lors des années de recherche comme les thèses de science ou les master 2, mais surtout, la démographie médicale faible rend nécessaire le remplacement de nos séniors lors de leurs périodes de congés.

Nous espérons pouvoir avancer avec vous.

Maurine ALLARD
Interne en EDN et présidente de l'ANIDEN



Congrès & Formations à venir

La liste est certainement incomplète mais reflète bien la richesse de formation de notre spécialité. Si vous entendez parler, assistez ou organisez une formation, n'hésitez pas à nous en faire part… mais aussi et surtout si vous découvrez des "perles" qui gagneraient à être connues. Ecrivez-nous à generationsendoc@gmail.com.

SEPT. 2023

Du samedi 9 au mardi 12 septembre 2023
Congrès de l'European Thyroid Association
Milan, Italie
Infos : http://www.eta2023.com

Du lundi 11 au jeudi 14 septembre 2023
45ème congrès de l'ESPEN - Lyon
Infos : https://espencongress.com

Vendredi 15 septembre
Journées d'Endocrinologie Universitaire Paris Saclay 2023
Hôpital Bicêtre
Des mises au point de haut niveau par l'équipe très engagée du CHU Bicêtre qui offre chaque année un programme au plus près des besoins des praticiens sur des endocrinopathies complexes.

Jeudi 21 et vendredi 22 septembre 2023
7ème Congrès National du Pied Diabétique
Montpellier le CORUM.
2 jours à Montpellier en une période agréable pour un beau programme multidisciplinaire autour de ce mal-aimé, le pied diabétique.
Infos : https://www.pieddiabetique.org

OCT. 2023

Du lundi 2 octobre au vendredi 6 octobre 2023
59th EASD Annual Meeting
Hambourg, Allemagne
Infos : https://www.easd.org

Du mercredi 4 octobre au samedi 7 octobre 2023
Congrès de la SFE, Marseille
Infos : https://www.congres-sfe.com

Du vendredi 13 octobre au lundi 16 octobre
Journées Francophones de Radiologie
Palais des Congrès, Paris
Avec de nombreux cours sur les échographies de la thyroïde et des parathyroïdes ainsi que sur l'imagerie des surrénales ou de l'hypophyse.
Infos : https://www.jfr.plus

Vendredi 13 octobre 2023
Journées METHEHO (Métabolisme et thérapies de l'hôte en Cancérologie)
Hôpital Cochin, Paris

Jeudi 19 et vendredi 20 octobre 2023
Formation Maître de stage universitaire à Toulouse
URPS, 2à rue Barrier, 69006 Lyon

NOV. 2023

Vendredi 17 novembre 2023
Journée d'Automne 2023 de la SFD sur le thème « environnement et diabète »- Palais des congrès d'Arcachon
Infos : http://ja.sfdiabete.org

Vendredi 17 et samedi 18 novembre
Les incontournables Journées Guéritée
Faculté des Saints-Pères, Paris
Infos : www.journees-nicolas-gueritee.com

Samedi 18 novembre
Formation FAF/DPC - Paris
Dans le cadre du congrès de la Société Francophone d'Echographie, une formation FAF/DPC ouverte aux endocrinologues avec manipulations échographiques le matin et cours théorique l'après-midi. Lieu : Ibis Clichy Batignolles.
Infos : capeden.endoc@gmail.com

SAMEDI 18 NOVEMBRE

Salle Plénière

SÉANCE PLÉNIÈRE 2

A vous la sonde !
Acquisitions & aspects normaux

GROUPE 1
Voyage dans le cou avec l'équipe AFTHY
Coordination : Dr Edouard Ghanassia & Dr Adrien de Metz-Noblat

GROUPE 2
Voyage dans le cou avec l'équipe AFTHY
Coordination : Dr Édouard Ghanassia & Dr Adrien de Metz-Noblat

13h30 >> 17h30 DPC

Actualités en échographie des nodules thyroïdiens
(équipe de l'AFTHY)

La pathologie thyroïdienne morphologique (goitre et nodules) et fonctionnelle (dysthyroïdies) touche plus de 30 % de la population. Concernant les nodules, la CPAM a tiré la sonnette d'alarme fin 2013 concernant le nombre de thyroïdectomies. Ces dernières pourraient être évitées par une démarche diagnostique rigoureuse dans laquelle l'échographie cervicale et la cytoponction échoguidée tiennent une place centrale à condition d'être pratiquées de façon experte, imposant aux imageurs et aux cliniciens une actualisation régulière de leurs connaissances théoriques et pratiques. Moins connue, la contribution de l'échographie à la prise en charge des dysthyroïdies est pourtant soulignée en première ligne dans les recommandations européennes. Elle nécessite la maîtrise du Doppler couleur et pulsé, non seulement dans l'interprétation mais surtout dans la technique de mesure.

Les objectifs de ce DPC sont :
- connaître la démarche diagnostique devant un nodule thyroïdien,
- connaître les signes échographiques de suspicion d'un cancer thyroïdien,
- savoir scorer en EU-TIRADS et en déduire les indications de cytoponction,
- maîtriser l'échographie cervicale sur le plan théorique et pratique,
- savoir gérer les nodules indéterminés sur le plan diagnostique et thérapeutique,
- savoir mesurer vitesse et débit artériel sur les artères thyroïdiennes,
- connaître la sémiologie échographique des principales causes d'hyperthyroïdie.

Du 22 au 24 novembre 2023
Le congrès du sommeil - Lille
En plein essor, la médecine du sommeil concerne l'endocrinologue au premier chef avec non seulement l'obésité, le diabète mais aussi l'acromégalie, les dysthyroïdies, la ménopause et toutes ces plaintes pour asthénie qui nous laissent parfois frustrés.
Infos : https://www.lecongresdusommeil.com

DÉC. 2023

Vendredi 1er décembre 2023
9ème Journée Education Thérapeutique Diabète
Business center Paris Trocadéro
112 Av. Kléber - 75016 Paris

Mercredi 6 décembre- Vendredi 8 décembre 2023
Journées francophones de Nutrition
Parc Chanot Marseille
Infos : https://www.lesjfn.fr

EN 2024

Du 12 au 14 janver 2024
Congrès de la FENAREDIAM à Rennes
Inscription : https://ioc-med.fr/product/xviiieme-congres-de-la-fenarediam

Du mardi 19 au vendredi 22 mars 2024
Congrès SFD 2024 - MEETT de Toulouse

Vendredi 17 et samedi 18 mai 2024
Ateliers Thyroïde de Sète… à Sète
2 journées de formation pratique échographique et/ou clinique alternant avec des plénières pluridisciplinaires et le seul symposium régulier traitant de la thermoablation.

Jeudi 6 et vendredi 7 juin 2024
Journées de Printemps de nutrition à Grenoble

RÉSEAU PRO SANTÉ

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ

Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1er Réseau Social de la santé

- Retrouvez en ligne des milliers d'offres d'emploi
- Une rubrique Actualité qui rayonne sur les réseaux sociaux

1ère Régie Média indépendante de la santé

- 250 000 exemplaires de revues professionnelles diffusés auprès des acteurs de la santé

Inscription gratuite

Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr

01 53 09 90 05 contact@reseauprosante.fr

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

LE GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN

GHEF
Grand Hôpital de l'Est Francilien

RECRUTE

Pour le service Endocrinologie Diabétologie - Métabolisme

UN PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN

Spécialiste en endocrinologie – diabétologie

Site de Meaux

Service territorial d'Endocrinologie Diabétologie.

PRÉSENTATION DU GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCILIEN :

Le GHEF est un nouvel établissement né le 1er janvier 2017, de l'union de trois établissements de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et Psychiatrie du Nord Seine-et-Marne : les centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux et de Marne-la-Vallée.

Le GHEF s'est agrandi au 1er janvier 2019 avec l'intégration du centre hospitalier gériatrique de Jouarre.
Le GHEF repose sur une ossature médicale unique : 12 pôles de soins de territoire, 3 fédérations de territoire et 3 départements intrapolaires. Ils constituent un établissement fusionné de premier plan, le plus grand hôpital public français hors Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Ce nouvel établissement est composé de 6 sites hospitaliers sur les communes de Meaux (sites Orgemont et Saint-Faron), de Jossigny (site de Marne-la-Vallée), de Coulommiers (sites Abel Leblanc et René Arbeltier), de Jouarre (site gériatrique de Jouarre) et ne compte pas moins de 40 sites extra-hospitaliers. Il est composé de 2000 lits et places, répartis sur 130 services de soins et unités médicales dans lesquels exercent 900 médecins et internes et 5200 autres professionnels de santé.

CONTACTS :
Adresser lettre + C.V. au chef de service
Dr Ibrahim HAMADEH mail - **ihamadeh@gmail.com**

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Notre centre de santé médical est situé au cœur du centre-ville de Lons-le-Saunier du Jura,
ville préfecture, située à 1h15 de Besançon, Dijon et Lyon. Le cadre de vie est très agréable,
proche des nombreux lacs et de la montagne.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT
JURA

Nous souhaitons recruter dans notre équipe

UN DEUXIÈME MÉDECIN ENDOCRINOLOGUE

Les médecins présents : 3 généralistes, 1 cardiologue, 1 pneumologue, 1 gynécologue, 1 endocrinologue. Une infirmière formée à l'éducation thérapeutique est présente tous les jours, permettant un travail conjoint avec le médecin (bilan annuel de diabète, prise en charge du diabète gestationnel, bilans bariatriques, pansements, ECG, bilans hormonaux : test au synacthène...).

Le centre dispose d'un plateau humain et technique complet pour la prise en charge de vos patients :
- Secrétaires médicales présentes de 8h à 19h, tiers-payant intégral pour tous les patients, service informatique, ressources humaines...
- Logiciels : médical Weda, gestion des plannings par Doctolib, téléconsultations / télé-expertise par Telmi, télé-surveillance par logiciels spécifiques.
- Salle d'échographie équipée, holters tensionnel, ECG, salle de stérilisation.
- Initiation et suivi des pompes à insuline en ambulatoire, boucles fermées avec hôpitaux partenaires.
- L'équipe est formée à la pratique et à la coordination de projets d'éducation thérapeutique.
- Centre de soins infirmiers à domicile rattaché à la structure.
- Accompagnement dans vos projets de formations.

L'hôpital référent, CH du Jura Sud est voisin au centre avec un service d'endocrinologie / médecine nucléaire / IRM.
Travail étroit avec l'équipe du CHU de Besançon (RCP - discussion dossiers - formations).

TYPE D'EMPLOI

- Salarié en CDI 35 h ou temps partiel.
- Statut Cadre.
- Salaire basé sur le chiffre d'affaires.
- Congés payés, jours fériés payés, jours et frais de formation payés, complémentaire santé, prévoyance cadre - CSE : participation annuelle à vos activités culturelles / sportives / sorties du centre.
- Aide à l'installation familiale.

Prise de poste : **Dès aujourd'hui.**

CONTACTS

Virginie PETRUCCI 06 09 49 38 65
Nadège VERGUET 03 84 87 03 32
talentsetcarrieres@mutualite-39.fr
Dr François MOUGEL (Endocrinologue)
f.mougel@mutualite-39.fr

Groupe SOS Santé

HÔTEL-DIEU DU CREUSOT

RECRUTE

MÉDECIN ENDOCRINOLOGUE (H/F) – CDI

PRÉSENTATION DU SERVICE

- Service purement endocrino-diabétologie avec unité de 16 lits hebdomadaires (30%) et unité ambulatoire multidisciplinaire (70% HDJ et consultations) animé par équipe médicale et paramédicale dédiée, motivée et investie dans SFD paramédical.
- Centre initiateur pompe à insuline et de boucle fermée.
- Unité de recherche clinique (études phase 3 et 4) avec personnel dédié.
- Adossé réseau prerediab avec cellules d'éducation de proximité réparties dans la Saône et Loire.
- En collaboration avec une équipe de 5,5 médecins séniors, 3 postes internes et 1 poste médecin junior endocrino.

PROFIL

- Médecin motivé et ambitieux.
- Travail d'équipe.
- Capacités d'organisation.
- Capacités relationnelles.

Modalités de candidature, envoyer CV et lettre de motivation à :
FOURNIER Valérie - Directrice des Ressources Humaines
Hôpital Hôtel-Dieu du Creusot
175 Rue Maréchal Foch - 71200 Le Creusot
valerie.fournier@groupe-sos.org

MISSIONS

DIABÉTOLOGIE
- Prise en charge enfants. adolescents, adultes autonomes.
- Agrément ETP Unité podologie (2500cs) avec gypso-thérapeute, podo-orthesistes, podologues.

ENDOCRINOLOGIE
- Pratiquer des échographies de la thyroïde et du cœur.

MODALITÉS DU POSTE

- Type du poste : CDI.
- Poste/Mission basé(e) au Creusot (71) - 40 min de Lyon et 1h20 de Paris en TGV.
- Convention-collective : CCN 51 : Éts privés à but non lucratif.
- Rémunération : Selon convention, prime décentralisée, prime Ségur, avantage CE.
- Date de début du contrat : Dès que possible.
- Temps de travail : Temps Plein - forfait jours.

PAYS DE LA LOIRE

centre hospitalier saint-nazaire

UN(E) ENDOCRINOLOGUE

au CH de Saint-NAZAIRE (44)
Remplacement de congé maternité
du mi-août 2023 à mi-février 2024.

CONTACT

Sur le plan médical : Drs JOLLY Mathilde / JAGOT Marie
m.jolly@ch-saintanazaire.fr m.jagot@ch-saintnazaire.fr 02 72 27 80 38
Sur le plan administratif : Christine PELLIGAND
recrutement-medecins@ch-saintnazaire.fr 02 72 27 86 46

PROFIL DE POSTE

DES d'endocrinologie-diabétologie-nutrition.

ACTIVITÉ

- Consultations et HDJ endocrinologie et diabétologie (pas de nutrition).
- Centre initiateur de pompe avec mise en place de boucles fermées en HDJ.
- Avis spécialisés internes et externes.
- PEC du diabète gestationnel en HDJ, télésurveillance par MyDiabby.
- Pas de gestion de lits mais possibilité d'hospitaliser en service de médecine polyvalente avec praticiens compétents en diabétologie.
- Collaboration avec les différents spécialistes de la Cité Sanitaire et le CHU de Nantes pour les prises en charges endocrinologiques complexes.

ÉQUIPE

- 3 endocrinologues, exerçant au sein de l'équipe de médecine polyvalente regroupant différentes spécialités médicales.
- Une infirmière d'éducation thérapeutique diabète : consultations d'ETP, activité de liaison intra-hospitalière.
- 3 IDE en hôpital de jour de diabétologie : nouvelles technologies, bilan éducatif, diabète gestationnel.
- 2 diététiciennes formées en diabétologie, notamment à l'ITF et les BFH.

RYTHME DE TRAVAIL

- Travail du lundi au vendredi (possible 80%).
- Dates du congé maternité 14/08/2023 - 9/02/2024 possibilité de remplacer sur une période plus courte.

NOTRE EXPERTISE À VOS CÔTÉS

Antony SYLVAIN
Responsable National Insulinothérapie
Email : antony.sylvain@nhc.care

LEADER dans le domaine de la prestation de santé spécialisé en diabète, avec plus de 20 ans d'expérience, **NHC** offre une prise en charge optimale aux patients diabétiques.
Chaque année nous alternons les enquêtes de satisfactions auprès de nos patients et partenaires médecins pour évaluer, ajuster et confirmer le rôle clé du prestataire de santé à domicile avec des taux de retour important **(+ DE 20%)**
Les résultats récents comme plus anciens démontrent une qualité de service exceptionnelle.
Une équipe spécialisée avec plus de **150 INFIRMIERS (ES)** dédiés à la prise en charge du patient diabétique, permet un relai primordial entre l'hôpital et le domicile. Notre objectif principal avec l'aide de la technologie est de limiter la charge mentale du patient pour l'aider à mieux vivre avec son diabète.

NOTRE MODÈLE repose sur un **INTERLOCUTEUR EXPERT UNIQUE** de l'environnement patient dans sa globalité de la commande à la prise du RDV et du bilan au médecin. Notre philosophie repose sur des valeurs fondamentales en plaçant le patient au centre de nos préoccupations, et s'engageant à fournir un accompagnement personnalisé, réactif et de qualité, tout en favorisant une relation de confiance avec les patients, leurs familles et les professionnels de santé.
Sans oublier l'importance de la formation, **NHC** ayant dans son actif près de 50 infirmiers(es) disposant du **DIU BOUCLE FERMÉE** permettant de maîtriser cette innovation majeure et ainsi répondre aux attentes des centres.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

L'IA ET LES SYSTÈMES SEMI-AUTONOMES vont changer la façon pour chacun de gérer son diabète et **NHC** accompagne les patients dans ce virage technologique.

L'un des points très importants des nouveaux systèmes dits, **« BOUCLE FERMÉE »** est la capacité pour le patient à bien évaluer ses repas et donc à connaitre son apport glucidique pour adapter au mieux sa dose d'insuline.
Fort de ce constat nous avons lancé **L'IF ACADEMY** pour tous, composée de 3 programmes de formations spécifiques pour le patient, la pédiatrie, les professionnels médicaux et paramédicaux. Nous avons déjà formé plus de 400 professionnels médicaux et paramédicaux depuis septembre 2022. C'est un véritable succès.

LA PROCHAINE SESSION EST PROGRAMMÉE TRÈS PROCHAINEMENT POUR TOUTE INSCRIPTION MERCI DE NOUS ADRESSER UNE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE

IFACADEMY@NHC.CARE

IF ACADEMY

DES VALEURS HUMAINES AU CŒUR DU SOIN :

NHC place les valeurs humaines et le patient au cœur de ses préoccupations en incarnant la confiance, l'écoute, la bienveillance et la proximité. Chaque patient bénéficie d'un infirmier(e) référent dédié pour un accompagnement personnalisé et attentif à ses besoins et son confort. Cette **RELATION DE PROXIMITÉ** permet aux patients de se sentir écoutés, compris et soutenus tout au long de leur parcours de soins à domicile. De plus, **NHC** assure une disponibilité et une réactivité **24H/24 ET 7J/7** grâce à une équipe qualifiée prête à répondre aux besoins des patients à tout moment. Cette approche renforce le sentiment de sécurité et de confiance chez nos patients.

UN ENGAGEMENT EN FAVEUR DE L'EXCELLENCE :

Grâce à une approche d'amélioration continue, **NHC** a obtenu le label **QUALIPSAD** dédié aux acteurs des prestations de santé à domicile. Cette labellisation témoigne l'engagement de **NHC** envers la qualité et la confiance dans la prise en charge des patients. De plus, les enquêtes de satisfaction que **NHC** veille à réaliser chaque année auprès de ses patients et ses prescripteurs qui démontrent à chaque fois une amélioration continue et une satisfaction qui atteint les **98%*.**

* Le pourcentage obtenu suite à la dernière étude de satisfaction patient menée en 2022.

POUR UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE

Diminution de la charge mentale du patient grâce à l'**enregistrement fiable des doses d'insulines**

Échanges facilités pour un suivi personnalisé*

Une solution inscrite dans la **durabilité** grâce à des stylos réutilisables pendant **4 à 5 ans**

1er stylos à insuline connectés et réutilisables

NovoPen® 6

NovoPen Echo® Plus

Transfert sans fil des données *via* la technologie NFC**

NovoPen® 6 et NovoPen Echo® Plus sont des dispositifs médicaux de classe IIb destinés à être utilisés avec les cartouches d'insuline Penfill® 3 ml et les aiguilles à usage unique NovoFine® et NovoFine® Plus d'une longueur maximale de 8 mm chez les enfants, adolescents et adultes diabétiques. Marquage : CE0123-Tüv-Süd.
Fabricant : Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Danemark.
Pour un bon usage de ce produit, lire attentivement les recommandations d'utilisation.
Stylos inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, code LPPR 6184900.

* Sous réserve de l'autorisation des patients au partage de leurs données.
** Protocole de communication en champs proche *(Near Field Communication).*

Références :
Manuel d'utilisation NovoPen® 6 ; Manuel d'utilisation NovoPen Echo® Plus.

NovoPen® 6 et NovoPen Echo® Plus sont des marques déposées de Novo Nordisk A/S.
FR22NP600015 - Avril 2023

novo nordisk®